



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Paula Bizzi Junqueira

EL YAGÉ LO CURA

**Duas trajetórias com a esquizofrenia mediadas pela
medicina ayahuasqueira na Colômbia**

Brasília

2018

Paula Bizzi Junqueira

EL YAGÉ LO CURA

Duas trajetórias com a esquizofrenia mediadas pela medicina ayahuasqueira na Colômbia

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos
requisitos necessários para a
obtenção do grau de Bacharel em
Antropologia pela Universidade de
Brasília sob a orientação da
professora Marcela Stockler
Coelho de Souza.

Brasília

2018

EL YAGÉ LO CURA

Duas trajetórias com a esquizofrenia mediadas pela medicina
ayahuasqueira na Colômbia

Trabalho de conclusão de curso apresentado como parte dos requisitos necessários para a
obtenção do grau de Bacharel em Antropologia pela Universidade de Brasília.

Aprovado em ____/____/____

Prof^a. Marcela Stockler Coelho de Souza
Universidade de Brasília
Orientadora

Prof^a. Júlia Otero dos Santos
Universidade Federal do Pará
Avaliadora

Dedico este trabalho a todos que buscam construir uma concepção sensível e inventiva da psique humana, que seja inclusiva para todas as suas manifestações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus queridos interlocutores Nelson Dorado e Omar Contreras que atenciosamente se abriram e compartilharam suas trajetórias comigo e me ajudaram a explorar e abordar o tema da pesquisa de maneira mais sensível. Agradeço também a Manuelito, que me ajudou a entender vários processos da medicina *yagecera* e que com toda sua vivência e sabedoria desvelou para mim – e tantos outros – um fantástico universo de possibilidades de ser através da felicidade e da simplicidade. E agradeço sem palavras suficientes ao *yagé*, que transformou minha vida de uma maneira muito bonita e profunda e me brindou tantos saberes e experiências extraordinárias.

A mi maravilloso esposo Juan Felipe doy gracias infinitas por el entusiasmo compartido. Gracias por las incontables horas de charla y reflexión, por ayudarme a clarear y estructurar mis ideas, por la compañía en todas las entrevistas, por las orientaciones académicas, por las revisiones y críticas valiosas, por los incentivos, indicaciones, lecturas, viajes, tomas, rapés, risas, en fin, por todo tu firme y cariñoso apoyo.

Quero agradecer de forma especial à minha orientadora Marcela, por nunca limitar as minhas reflexões e por enriquecê-las com seu todo o seu conhecimento e sensibilidade. Aprendi com você que sempre é possível desdobrar a realidade e necessário respeitar todo modo de apreendê-la, obrigada por inspirar um fazer antropológico inquieto e compromissado.

Agradeço também à minha família por toda a parceria: pela animação revigorante de minha mãe e pelo otimismo tranquilo de meu pai, pelas observações preciosas de meu irmão e pelo humor indispensável de minha irmã e, é claro, pela atenção cuidadosa de Zezinha com todos os nossos cafezinhos!

Por fim, agradeço aos meus amigos, que me incentivaram com leveza, aos queridos Rosa e Jorge da secretaria, que foram compreensivos e perseverantes comigo nessa longa empreitada, e a todos os colegas e professores que conheci durante a graduação e que contribuíram para o meu crescimento.

C'est fini!

RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo de caso etnográfico realizado na Colômbia que aborda as trajetórias de duas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia que buscaram o *yagé* (ayahuasca) para lidar com a sua condição. Foram investigadas as concepções da medicina *yagecera* (ayahuasqueira) que esses sujeitos articularam e se analisaram os recursos encontrados nesse meio que resultaram sendo terapêuticos para eles. Esse contexto lhes permitiu acolher com autonomia suas experiências com a esquizofrenia e se desenvolver a partir delas. A perspectiva dos interlocutores sobre seus processos foi confrontada com a perspectiva psiquiátrica da esquizofrenia a fim de contribuir para um desenvolvimento mais sensível da noção de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: esquizofrenia; *yagé*; medicina *yagecera*; psiquiatria; saúde mental.

RESUMEN

Este trabajo consiste en un estudio de caso etnográfico realizado en Colombia que aborda las trayectorias de dos personas diagnosticadas con esquizofrenia que buscaron el yagé (ayahuasca) para lidiar con su condición. Fueron investigadas las concepciones de la medicina yagecera (ayahuasquera) que estos sujetos articularon y se analizaron los recursos encontrados en este medio que resultaron siendo terapéuticos para ellos. Este contexto les permitió acoger con autonomía sus experiencias con la esquizofrenia y desarrollarse a partir de ellas. La perspectiva de los interlocutores sobre sus procesos fue confrontada con la perspectiva psiquiátrica de la esquizofrenia con el fin de contribuir para un desarrollo más sensible de la noción de atención en salud mental.

Palabras-clave: esquizofrenia; yagé; medicina yagecera; psiquiatría; salud mental.

SUMÁRIO

Agradecimentos	V
Resumo	VI
Resumen	VII
1. Introdução	9
2. Sendo esquizofrênico	16
2.1. Um artista da consciência	16
2.2. <i>Taita</i> do desconhecido	33
2.3. Curados?	42
3. Esquizofrenia e psiquiatria	47
3.1. Diagnóstico	48
3.2. Prognóstico	49
3.3. Etiologia	50
3.4. Tratamento	56
3.5. Outras possibilidades	63
4. Conclusão	72
5. Referências Bibliográficas	74

*Eu perguntei a respeito das doenças da mente
Da decadência do nosso grande hospital
E perguntei a respeito do planeta
Girando numa roleta
Bola do bem e do mal
Eu perguntei a Maria dos Santos
Quanto custa pra se ver?*

Alceu Valença

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje está disseminada a narrativa de que vivemos uma epidemia global de transtornos mentais. De fato, a maior parte de nós não precisa ir muito longe para encontrar sinais que corroborem esta especulação, sendo a questão da saúde mental tema de crescente preocupação nos mais diversos âmbitos de convivência atualmente. As estatísticas assustam: segundo a OMS, mais de 13% do total de doenças que afetam a população mundial é atribuído a desordens psiquiátricas (cerca de 700 milhões de pessoas) e elas são referidas como responsáveis por quase um quarto dos casos de incapacidade laborativa (The *PLOS Medicine* Editors, 2013). Este cenário de dados alarmantes e o contato com pessoas que se encaixam nessas estatísticas despertaram meu interesse com relação à saúde mental e me fizeram embarcar em uma profunda reflexão sobre o enigma que é nossa vida psíquica.

Esta aparição descomedida de psicopatologias é sintomática em dois sentidos. Primeiramente, é claro que a distinção entre o que é normal e o que é anormal não se restringe à medicina psiquiátrica, mas também, e antes dela, aos padrões determinados pela sociedade. Portanto, é possível que as ferramentas usadas pela psiquiatria para discriminar o patológico do saudável não sejam plenamente adequadas. Com um índice tão alto de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais é possível que comportamentos legitimamente humanos estejam sendo classificados como enfermos – como afirma a professora Maria Aparecida Affonso da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a epidemia não é de transtornos mentais, mas de diagnósticos (Lara, 2017). Em segundo lugar, se tantos indivíduos que compõem uma sociedade são considerados mentalmente doentes, ela provavelmente não oferece o respaldo necessário para o desenvolvimento psíquico que, pela própria coletividade, é considerado normal. Além disso, é controversa também a questão do excesso de medicalização que hoje se verifica

nos casos de saúde mental. Os remédios psiquiátricos são conhecidos pelos efeitos que têm de invisibilizar as idiossincrasias dos pacientes usuários deles, além de serem provavelmente causa de outras complicações fisiológicas e estarem atrelados a uma indústria de reputação bastante polêmica. Portanto, em lugar de concluir que estamos em meio a uma epidemia global de doenças mentais e tratar a todas essas pessoas através desse tipo de abordagem, acredito que devemos reexaminar o relacionamento entre psiquiatria, sociedade e indivíduo a fim de promover distintas perspectivas e possibilidades de saúde para as pessoas.

De todas as desordens psiquiátricas, me instiga muito a esquizofrenia. Ela é a condição mais incompreendida, é aquela da típica figura de um louco, é a imagem da perda da razão, da desconexão da realidade. É aquela que tem um sentido tão próprio que escapa a qualquer tentativa de definição. Essa desinibição tão franca de si sempre me pareceu como uma espécie de ponto máximo da expressão humana e sempre me provocou muita curiosidade sobre as potencialidades desse estado. Por essa razão, o intuito inicial da pesquisa era falar sobre a esquizofrenia desde uma perspectiva a partir da qual eu pudesse suscitar considerações que, de alguma maneira, outorgassem um status positivo à ela. Através de conversas com amigos e com minha orientadora comecei a pensar em uma cosmovisão a partir da qual uma compreensão alterada da realidade pudesse alcançar uma validade que não logra encontrar desde a epistemologia científico-ocidental. Nas culturas em que se atribui valor e legitimidade a estados de consciência não-ordinários existe abertura para conhecer e reconhecer informações obtidas por meios extra-sensoriais. Buscando essas características cheguei ao universo indígena, mais especificamente à prática xamânica, na qual se evocam estados alterados de consciência e se manejam operações que poderiam confrontar o paradigma psiquiátrico dominante.

Esse percurso me levou prontamente à etnopsiquiatria, ciência que estabeleceu a famosa associação entre o estado de consciência xamânico e o estado esquizofrênico. Porém, apesar de esses estudos buscarem incluir os elementos culturais do paciente no diagnóstico e prognóstico, no caso do vínculo xamã-esquizofrênico, o que acontece é a depreciação da prática xamânica ao descrever seus processos e operações em um nível psicopatológico. Esse tipo de comparação demonstra uma inabilidade científica para reconhecer a complexidade dos fenômenos mentais, que não consegue explorar esses domínios, competências e saberes legitimamente experienciados pela consciência humana. A partir dessas reflexões acabei inocentemente partindo para a tendência

contrária: a de elevar o status da esquizofrenia e considerá-la capaz de potencializar tremendos *insights* psíquicos a partir de uma percepção que seria semelhante à de estados místicos. Com a pesquisa de campo, porém, pude perceber que minha ideia da condição esquizofrênica era bastante romantizada e que seria de grande insensibilidade investigativa continuar empenhando-me em glorificar um estado que gera muito sofrimento aos que passam por ele.

Para contar um pouco de como surgiu esse campo, eu tive a oportunidade de realizá-lo na Colômbia, onde vivi durante o ano de 2016 e parte de 2017. Eu estava trabalhando em um projeto da prefeitura de Bogotá para dar aulas de inglês nas escolas públicas da cidade e queria aproveitar o ensejo para fazer um campo diferenciado para a pesquisa. Sinceramente não sabia por onde começar, mas muito empolgada eu conversava sobre o assunto com todos, sabendo que isso no mínimo me ajudaria a criar uma diretriz para minhas próprias ideias. Como uma dádiva, apareceu em meu caminho um antropólogo, colega de quarto de uma amiga brasileira, com quem comentei sobre minha pesquisa e o desejo de conhecer alguma comunidade indígena ou algum xamã para poder fazer o campo. Passadas duas semanas, minha amiga veio até mim dizendo que o irmão desse antropólogo havia me convidado para passar a semana santa (2016) em uma vivência com um *taita*¹ na cidade de Mocoa. Mocoa se encontra no departamento de Putumayo, a aproximadamente 12 horas em ônibus da capital. Localizado na região amazônica ao sul da Colômbia, Putumayo é o berço da ayahuasca – a saber, “uma bebida de origem indígena feita da combinação de um cipó e folhas da floresta amazônica, utilizada para finalidades de cura e cognição” (Albuquerque, s/d, p. 1). Vale acrescentar que a preparação dessas plantas medicinais também é usada como purgante, para limpeza dos que tomam a bebida, então a ayahuasca atua como fonte de conhecimento, como medicina e como purgante. Nas comunidades indígenas de lá, particularmente entre os cofán, sionas, ingas, coreguajes e kamsás, a ayahuasca é chamada de *yagé*, sendo conhecida também como *remédio* ou *medicina*².

Prontamente aceitei o convite e na semana santa fomos à Mocoa, de onde nos dirigimos ao rancho do *taita* Manuel, chamado mais comumente de Manuelito, conhecido

¹ Um *taita* é um curador, geralmente indígena, que conhece a medicina tradicional e a usa para se comunicar com os espíritos e curar. A palavra *taita* é utilizada na Colômbia e em outros países latino-americanos e tem uso equivalente ao de xamã no Brasil.

² As palavras “remédio” e “medicina”, quando referentes ao contexto do *yagé*, são sinalizadas no decorrer do trabalho pelo itálico para diferenciar do conceito de remédio como fármaco e da medicina ocidental.

por suas fortes cerimônias de *yagé*. Manuelito, cujo pai era branco e mãe indígena, era comerciante e professor de música até que, aos 27 anos de idade, teve um problema de coluna muito grave e já não podia trabalhar. Segundo os médicos, seu estado era irreversível e em poucos meses ele se tornaria paraplégico. Na época pediu ajuda à sua mãe que o levou para tomar *yagé* com os *cofán*, grupo que se encontra no sul da Colômbia e norte do Equador. Depois de dois anos tomando *yagé* Manuelito se curou de seu problema da coluna e sentiu o chamado para tornar-se *taita*. Acompanhou a um *taita* *cofán* que lhe ensinou tudo sobre o *yagé* e recebeu dele a bênção para repartir o *remédio* por conta própria. Quando o conheci, fazia 16 anos que ele havia se tornado *taita*. Depois desta primeira semana nos tornamos bons amigos, voltei a visitá-lo por outras três vezes nos meses seguintes.

O rancho de Manuelito fica na selva, afastado da cidade, e é onde ele recebe as pessoas que o procuram para trabalhos de cura. Todos que chegam lá são acomodados em uma grande maloca, que é também o lugar onde se realizam as cerimônias de *yagé*. Naquela semana éramos um grupo de mais ou menos 15 pessoas e fizemos várias atividades relacionadas com a terra, como sementeiras e reconhecimento de várias plantas medicinais, realizamos muitas rodas de conversa, construímos um *temazcal*³ e consumimos muita medicina tradicional, como o rapé⁴, o *mambe*⁵ e o *ambil*⁶. O foco de todas essas atividades era preparar-nos para as cerimônias de *yagé* das quais participaríamos. Foi minha primeira vez com a ayahuasca e tomá-la foi uma decisão pessoal, eu não tinha a intenção de incluir essa prática na pesquisa. Contudo, desde aquele estado senti uma ruptura brusca e frutífera da minha percepção regular que, pensei, poderia servir muito ao propósito de entender mais profundamente o que seria o estado esquizofrênico por se tratar de um modo de compreensão em que o vínculo com a realidade transcende a familiaridade com os cinco sentidos e a lógica racional⁷.

³ O *temazcal* é um banho de vapor realizado em uma tenda circular pequena que retrata o útero da terra. No centro da tenda se dispõem pedras candentes nas quais se derrama uma infusão de ervas.

⁴ O rapé é um pó resultante da maceração de tabaco e cinzas de outras plantas preparado para inalação.

⁵ O *mambe* é um pó que se consome mastigando. É resultado da mescla da folha de coca tostada e pulverizada e cinza de guarumã.

⁶ O *ambil* é uma pasta de tabaco que se ingere de forma oral.

⁷ De fato, posteriormente descobri que existe uma geração de psicólogos e psiquiatras que fez uso controlado de substâncias psicoativas para experimentar estados alterados de consciência semelhantes aos de seus pacientes e compreender melhor a complexidade desses estados. No segundo capítulo esse tema será abordado novamente para realizar uma discussão mais aprofundada sobre questões relacionadas à prática psiquiátrica.

Durante a semana santa no rancho de Manuelito conheci também a Nelson Dorado, um artista extraordinário que também vivia em Bogotá. Pintor e músico dos mais variados instrumentos, foi diagnosticado com esquizofrenia aos 23 anos – 6 anos após o início de sua carreira militar. Após sua primeira internação, os pais de Nelson foram informados de que ele teria que se aposentar por invalidez e seria medicado para o resto de sua vida. Durante os 8 anos seguintes ele sofreu 10 hospitalizações, chegando a estar internado por até 7 meses seguidos. Sentia que a medicação lhe causava muito dano e, buscando alternativas de tratamento, chegou ao *yagé*. Hoje, aos 40 anos, Nelson não toma nenhum medicamento psiquiátrico; a mais de uma década ele tem tomado o *remédio* e feito uso de outras medicinas tradicionais que o ajudaram a lidar com a esquizofrenia.

Associando o meu palpite à história de Nelson, voltei à capital buscando pessoas que houvessem sido diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico e tido contato com a medicina do *yagé* em algum momento após o diagnóstico. Através do meu namorado conheci a Omar Contreras, um *taita* que vive em Cáqueza, município situado a 40 km de Bogotá. Desde os 13 anos ele sofria com sintomas psiquiátricos que ficaram patentes aos 17, quando foi diagnosticado com esquizofrenia. Ele me contou que desde o diagnóstico ele passou a ser tratado com antipsicóticos e ansiolíticos, porém sentia que não adiantavam muito, pois ele continuava se sentindo muito mal. Aos 19 anos, um amigo que havia recém experimentado o *yagé* o convidou para ir a uma cerimônia. Desde então, Omar não parou de tomar o *remédio* e hoje já não convive com nenhum traço da esquizofrenia. Como Manuelito, acompanhou por anos a um *taita* cofán que lhe deu a permissão para repartir a ayahuasca. Tomei *yagé* com Omar um par de vezes em cerimônias guiadas por ele. Hoje ele tem 32 anos e, além de dedicar-se a repartir a *medicina*, estuda fenomenologia psiquiátrica na *Universidad Nacional de Colombia*.

O meu encontro afortunado com Nelson e Omar me fez começar a elaborar melhor meus objetivos de pesquisa pensando sobre o que as trajetórias deles têm em comum: além do diagnóstico de esquizofrenia, eles compartilham a passagem pelo sistema médico psiquiátrico e também o abandono dele para optar pelo sistema médico *yagecero*⁸. Quando decidi que a esquizofrenia seria o meu foco de estudo alguns colegas de um grupo de pesquisa em etnopsiquiatria que eu frequentava na *Universidad de Los Andes (Red de Etnopsiquiatria)* me aconselharam a trabalhar com a categoria “psicose” por causa da

⁸ Equivalente a ayahuasqueiro.

dificuldade em definir o que é a esquizofrenia, havendo uma heterogeneidade com relação à causalidade e ao desenvolvimento da doença dentro da própria psiquiatria. Contudo, o fato de Nelson e Omar terem se tornado meus interlocutores principais, ambos tendo sido diagnosticados com esquizofrenia, me levou a manter essa escolha. Além disso, me parecia que a instabilidade do termo podia ser usada a favor da pesquisa, no sentido de questionar o fato de que modalidades de tratamento tão contundentes sejam atreladas a uma categoria tão imprecisa.

Com esse entrelaçamento inesperado entre ayahuasca e esquizofrenia em campo comecei a pensar sobre quais práticas e concepções atreladas à medicina *yagecera* foram articuladas por Nelson e Omar e como os recursos encontrados nesse contexto resultaram sendo terapêuticos para os processos que eles estavam vivendo com a esquizofrenia. Desde as primeiras conversas com eles percebi que a principal contribuição que a vivência *yagecera* proporcionou para seus itinerários terapêuticos foi que lhes permitiu uma percepção mais clara de seu estado na época, pois era um contexto em que eles podiam mergulhar naquela condição ao invés de refreá-la como faziam nas clínicas. Assim, determinei que meu objetivo de pesquisa seria *investigar como o consumo cerimonial do yagé poderia contribuir para o bem-estar de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e para o desenvolvimento mais sensível da noção de atenção em saúde mental*. Dividindo esse grande objetivo em dois, me empenhei no primeiro capítulo deste trabalho em refletir sobre quais são as características particulares do consumo cerimonial do yagé que permitiram que o estado esquizofrênico pudesse ser vivido de maneira menos conflitiva por Nelson e Omar, tratando de antepor a concepção sobre o estado esquizofrênico tecida por eles àquela formulada pela comunidade psiquiátrica. No segundo capítulo, fricciono as narrativas deles com a perspectiva psiquiátrica e levanto algumas questões controversas com relação à psiquiatria para pensar distintas abordagens terapêuticas para as pessoas que passam pela esquizofrenia.

O marco teórico que guiou o processo investigativo foi quase completamente abandonado por mim. Senti que, apesar de serem teorias que se propõem a estudar temas relativos às experiências de que falavam de Nelson, Omar e Manuelito, pareciam construções alheias à real vivência que eles compartilharam comigo. Decidi assim guiar a minha escrita pelas narrativas deles, produzindo o texto através das concepções trazidas por eles. São empregados conceitos oriundos da antropologia, psicologia e psiquiatria como referência para realizar uma interface entre a terminologia deles e a linguagem

acadêmica, no entanto, os conceitos basilares são os brindados por eles. No percurso da composição textual acabaram se tornando centrais para apoiar o desenvolvimento do trabalho as noções de *enactment* (Shanon, 2014), ecologia ayahuasqueira (Albuquerque, s/d) e autoatenção (Langdon, 2014).

Optei por uma modalidade de escrita que trança as minhas colocações com trechos transcritos de entrevistas em profundidade que realizei com Manuelito, Nelson e Omar. Penso que ao apresentar a perspectiva deles através de suas próprias palavras é possível ressaltar as particularidades de suas experiências e conhecimentos, extrapolando a perspectiva biomédica universalista, a fim de obter um espectro mais amplo do caráter dinâmico que envolve o cuidado da saúde. Ainda, acredito que assim podemos apresentar de maneira mais fiel as perspectivas de nossos interlocutores, diferenciando mais claramente o discurso deles do acadêmico, que apreende e descreve o mundo a partir de outras diretrizes. Considero esse um exercício imprescindível para que não sobreponhamos o conhecimento construído pela antropologia àquele que inspira nossas reflexões. Espero ter conseguido articular simetricamente os diferentes saberes e linguagens manejados nesse trabalho e contribuído para a interdisciplinaridade no campo de estudos sobre a saúde na antropologia.

SENDO ESQUIZOFRÊNICO

Esse capítulo é dedicado a apresentar separadamente a trajetória de Nelson e Omar com a esquizofrenia através de trechos de nossas conversas que mostram como eles se sentiam na época, como foi o desenrolar de suas vidas desde então, mostrando como chegaram até o *yagé* e quais foram as condições desse contexto que colaboraram para a superação das dificuldades e conflitos que viviam. Ao final, entrelaço as perspectivas dos dois sobre como se sentem com relação à esquizofrenia hoje.

Um artista da consciência

Eu e Nelson Dorado nos tornamos amigos depois de nos conhecermos no rancho de Manuelito em Mocoa. Como ele também vivia em Bogotá, mantínhamos contato e saíamos às vezes com os amigos em comum que fizemos na semana santa. Desde que lhe contei sobre o tema de minha pesquisa ele ficou curioso sobre as coisas que eu vinha lendo e escrevendo, então a tônica de nossas conversas sempre girava em torno da esquizofrenia e de outros assuntos relacionados a ela. Um dia, enfim, perguntei se eu podia fazer uma entrevista mais formal com ele, com um roteiro de perguntas, gravando, etc., e se poderia usá-la em minha monografia. Ele prontamente me convidou para ir à sua casa e lá ficamos toda uma tarde. Além da entrevista de mais de 3 horas, ele me mostrou suas obras de pintura, me contou das últimas exposições que havia feito, mostrou mais de uma dezena de instrumentos que toca e apresentou-me a um santuário que tem em seu quarto. Os trechos transcritos aqui fazem parte dessa entrevista específica, no entanto, também levo em conta nossos contatos mais informais para pensar sobre a história dele com a esquizofrenia.

Uma questão trazida muitas vezes por Nelson nas conversas que tivemos sobre a época em que ele lidava com a esquizofrenia é o sofrimento. Ele conta que no início sofria muito por não entender o que acontecia com ele, diz que às vezes não sabia se estava “aqui ou lá”, se estava de fato falando com alguém de carne e osso ou não, se realmente havia passado 5 horas fazendo algo ou se apenas 2 minutos, entre diversas outras situações confusas para ele. Além disso, através de seu depoimento se percebe que a jornada esquizofrênica é muito solitária, pois existe um abismo entre as percepções ordinária e esquizo que compromete gravemente a convivência e faz com que o processo de ser no mundo se torne muito angustiante, como explica Nelson:

O sofrimento vem de sua própria incompreensão e da incompreensão das pessoas que te rodeiam. Porque você não sabe o que está acontecendo com você e tampouco a sua família, seus amigos. E geralmente seus amigos te abandonam. [...] Quando a pessoa não se encaixa em nenhuma parte isso necessariamente gera um sofrimento. Você não pode falar das coisas que sente com qualquer pessoa, porque é algo que está fora do ramo normal, da realidade das pessoas, do dia a dia, do mundo. Quando te coíbem de ser, se começa a gerar uma dinâmica de sofrimento no interior da pessoa. Você não pode ser quem você é, não pode expressar o que sente, não pode dizer o que pensa.

Quando Nelson fala sobre a passagem pelo sistema médico-psiquiátrico nota-se que ela também faz parte da trajetória do sofrimento. Ele afirma que o tratamento que recebeu nas clínicas foi na verdade prejudicial a ele, principalmente por causa da medicação excessiva que se maneja nessas instituições, e que essa é uma das principais razões para que as pessoas com esquizofrenia sofram – porque são submetidas à uma intervenção incorreta. Nelson chegou a tomar 15 pílulas psiquiátricas diárias e conta que se sentia completamente sem vitalidade naquela época.

Nunca senti que encaixasse muito com esse sistema, mas quando a esquizofrenia apareceu foi muito difícil porque estive supremamente medicado e sinto que haviam roubado minha alma realmente. Com a medicina que me davam nesses lugares eu me sentia sem alma, sem ideias, anulado. É como anular uma energia humana, eu me sentia completamente anulado. E me davam mais ansiedade, então foi uma luta também com a medicação. Mas parecia que essa era a solução. [...] Para a pessoa é um sofrimento porque no fundo você sabe que isso não é o que você necessita realmente, mas como não há outra opção. [...] Quando você fica dependente [do medicamento] é como ser um morto-vivo. É estar vivo sem poder fazer nada, sem poder mostrar o que você tem, o que você é. Isso gera muita controvérsia, muito conflito dentro da pessoa. E isso é parte do sofrimento: você sofre por não ser consciente de estar sendo anulado e adormecido. Algo grita interiormente que não é isso, que o que você precisa fazer é outra coisa.

A questão da medicação psiquiátrica será explorada mais a fundo no segundo capítulo, mas se faz importante a observação aqui para assinalar a sua relação com o sofrimento no depoimento de Nelson. É de conhecimento médico e também popular que as medicações psiquiátricas causam, dentre outros efeitos negativos, uma certa falta de

ânimo nas pessoas, e costuma-se tratar esse fato como se fosse simples e necessariamente parte do processo de tratamento dos pacientes. No entanto, pela fala de Nelson podemos aferir que a medicação não estava desempenhando um papel de recurso terapêutico, mas sim de tranquilizante, de sedativo, e que esse efeito estava levando-o a um padecimento psíquico. Nesse sentido, por se tratar de alguém que viveu essas circunstâncias, me parece valiosa sua perspectiva para mostrar que esse tipo de intervenção medicamentosa tem repercussões mais graves do que se pensa nos pacientes; geram mais sofrimento, mais conflitos e ainda extinguem qualquer ímpeto pessoal de lidar com a situação.

Ao refletir sobre a experiência da doença para pessoas ligadas ao pentecostalismo e às casas de culto afro-brasileiras, os antropólogos Rodrigues e Caroso (1998) chegam à conclusão de que a categoria “sofrimento” parece constituir um “significante flutuante” que comporta uma tensão entre significados como “vulnerabilidade” e “determinação”, “medo” e “coragem” e outros mais. Segundo os autores, essas antinomias são geradas na medida em que se constrói um tipo específico de discurso de identidade respaldado nas ideias de doença, sofrimento e cura, uma vez que a cura se apresenta como antítese à doença e ao sofrimento. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, a experiência negativa da fragmentação pela doença e a experiência positiva da possibilidade de integração pela cura, a força que vêm da fraqueza (Rodrigues e Caroso, 1998). O sofrimento relatado até então por Nelson, entretanto, não mobiliza categorias positivas, somente menciona as emoções negativas. A contrapartida dos significados negativos do sofrimento não surgia porque não lhe era oferecida a possibilidade de “cura”, ou seja, de emancipação desse estado de crise – como mencionado anteriormente, Nelson foi declarado inválido aos 23 anos de idade, afinal, segundo a avaliação médica, a esquizofrenia nunca desaparece. Os autores observam que a cura representa a compensação pelo sofrimento e demarca o reconhecimento social legitimador dele (Rodrigues e Caroso, 1998). Nesse modelo é a cura que confere credibilidade ao estado de sofrimento, pois através dela o indivíduo se diferencia dos demais pelo logro em superar a penosa condição da doença. Nesse sentido, a aparente impossibilidade de “curar-se” da esquizofrenia seria o que impedia que a experiência de sofrimento dele se transmutasse e passasse a suscitar contrapesos otimistas.

Ainda, o sofrimento também marca a trajetória de Nelson com a esquizofrenia desde outro aspecto. Ele me disse que acredita ter tido esquizofrenia por ter sido policial e ter participado do conflito colombiano, por ter visto tanto sofrimento durante sua

carreira na polícia militar. Disse que conhecer de perto a guerra e a morte o fez questionar-se sobre tudo, o fez despertar. O curioso é que ele relaciona este despertar com a esquizofrenia:

Isso aconteceu porque eu fui policial e estive na guerra desse país. Eu ingressei muito jovem, tinha 17 anos, e fiquei muitos anos. Eu acredito que desde aí se desatou tudo isso. Começou primeiro com algo muito emocional, porque eu tinha vivido muitos processos de violência, de guerra e de morte. Tudo isso foi me desencaixando, foi me despertando. E me contrastar com isso, me ver refletido nisso, começou a gerar um caos emocional, “o que eu faço aqui? porque eu estou vivo?”. E isso me fez entrar nesses estados [esquizofrênicos], em consequência da violência, das condições da realidade humana que fui percebendo. Mas fui evoluindo, me conscientizando, me liberando desse sistema. E parte da minha suposta paranoia era que eu temia que iam me matar por isso, por estar questionando o sistema dessa maneira.

Quando fala em “o sistema” Nelson se refere às instituições de controle econômico, político, social e moral em nossa sociedade, tendo sido esse um tema bastante recorrente em nossas conversas e que se relaciona intimamente com a esquizofrenia no caso dele, porque era um dos conteúdos principais das vozes que ele ouvia. De fato, ele chegou a me dizer que a esquizofrenia lhe aconteceu para que ele se despertasse desse “adormecimento do sistema” em que vinha inserido, principalmente por conta de sua carreira militar. E assim seus conflitos mais graves começaram porque ele começou a receber, através de seres de outra dimensão, mensagens sobre como a política, a religião e os meios que controlam a comunicação estavam entregues a uma manipulação. As vozes também traziam ensinamentos sobre a vida e o funcionamento do universo e tinham conteúdos interligados, por isso Nelson começou a interessar-se por elas. Porém, falar sobre esses assuntos nas clínicas e no social sempre lhe gerou complicações e inconvenientes, por isso ele resolveu passar a se expressar de outra maneira:

Eu sou uma pessoa que aprendeu a viver em silêncio, porque o silêncio me proporciona tranquilidade. Porque com a maioria das pessoas eu não posso falar dessas coisas que estou falando aqui, é sempre um problema. Então a minha relação com a sociedade é através da pintura, da música, das coisas que eu escrevo. A minha obra fala por mim. Como artista eu pude entender que a arte é a maneira de falar o que não posso falar, de comunicar todas essas emoções, toda essa informação que

eu recebo. É a única coisa que eu posso entregar à sociedade, semear uma consciência. Eu não desejo que ninguém tome minhas ideias como uma filosofia, mas ao compartilhar uma experiência podemos gerar consciência.

Então o silêncio foi a solução para seu problema com a sociedade e a arte foi a solução para seu silêncio, pois é o meio que ele encontrou para filtrar sua “voz” e “ser audível” no social. Nelson me mostrou alguns de seus últimos trabalhos e, em um momento de uma entrevista nossa, fez uma analogia interessante com um quadro pintado por ele, que parece uma pintura comum, mas quando são colocados óculos 3D revelam um surpreendente fundo fantástico. Com base nessa analogia ele conta que foi quando parou de bloquear as vozes que escutava – inaudíveis para aqueles a quem ele é inaudível – que seu sofrimento começou a passar:

A esquizofrenia é como você viu no meu trabalho de pintura: normal quando você vê o quadro assim e quando você coloca o óculos 3D é como se você estivesse na esquizofrenia, é como uma possibilidade de conhecer outras sensibilidades, como se a realidade tivesse algo além do fundo visível. Então quando eu comecei a escutar todas as vozes que falavam comigo e tudo mais, já não senti sofrimento, porque sempre era muita informação, seres me falando da terra, do universo. Simplesmente aprendi a escutar e aprendi a sentir. [...] Eu penso que uma pessoa não deve lutar com nada, porque toda luta gera resistência. Então eu não sinto que estava enfrentando a esquizofrenia, mas sim me fazendo presente frente à minha experiência. O que aprendi foi a abraçar todas as situações.

Deleuze e Guattari (1972), no livro intitulado “O Anti-Édipo”, trazem o modelo do esquizofrênico – em contraposição ao modelo do neurótico da psicanálise – como uma alternativa para explorar novas extensões para o inconsciente e o desejo humanos. Os autores enunciam que a finalidade de qualquer processo do inconsciente é *efetivar-se*, isto é, existir enquanto realidade essencial. Portanto, um processo deve simplesmente realizar-se, ser consumado. Forçar o fim de um processo, como é o processo de produção das vozes, “é a causa do esquizofrênico artificial, tal como o vemos no hospital” (Deleuze e Guattari, 1972, p. 10), ou seja, essa entidade irreversivelmente avariada. Também seria causa do surgimento dessa entidade clínica a continuação infinita de um processo, relação que se pode observar através de uma medida como a da indicação de medicação vitalícia, por exemplo. Me parece possível estabelecer uma correspondência entre o que Deleuze e Guattari chamam de *efetivar* e Nelson de *abraçar*; existe um processo que produz as

vozes e que não deve ser interrompido nem perpetuado indefinidamente, mas tão-somente vivido. Nelson começou a reconhecer as vozes enquanto um desdobramento da realidade ordinária e deixou de criar resistência a elas, passou a explorá-las. Foi então, quando abraçou sua experiência, quando a efetivou, que parou de sofrer.

Como mencionei ao apresentá-lo, Nelson optou pela medicina *yagecera* quando começou a sentir que o tratamento psiquiátrico estava fazendo mais mal do que bem. Ele dizia sentir um chamado interno para conectar-se com a natureza, foi então que uma das enfermeiras do hospital em que estava internado lhe deu a sugestão pessoal de que conhecesse o *yagé*. Nelson me conta que depois de tomar a primeira vez seguiu tomando regularmente por 10 ou 12 anos. Diz que esses foram seus “anos de *yagé*”, em que teve uma conexão profunda com a Terra e com ele mesmo, em que se dedicou somente a sentir e a pensar e começou a perceber com mais clareza sua própria situação.

No estado causado pelo yagé às vezes você tem umas viagens em que quer morrer de tanto medo, quer sair correndo e sente que vão lhe passar muitas coisas, mas o que acontece nesses momentos é que o yagé está fazendo você enfrentar a seus próprios medos, está te pondo de frente a tudo de que você foge, então ele te põe como em uma encerrona⁹, não há para onde fugir. “Você está aqui, está aqui comigo e olhe”. [...] O yagé foi como um espelho para mim, pela primeira vez senti em parte quem eu era. O yagé nunca me julgou, pelo contrário, antes me mostrou. Então foi como um espelho para que eu não sentisse mais tanto medo do que estava acontecendo comigo.

De acordo com Benny Shanon (2014), psicólogo que estuda a fenomenologia da experiência da ayahuasca, geralmente a relação das pessoas que tomam a preparação com as visões que elas experienciam é a de espectador. O fato de Nelson ter podido observar seu próprio estado sob uma nova luz possibilitou que ele tivesse *insights* reveladores com relação à condição em que se encontrava. O *yagé* lhe mostrou a esquizofrenia e lhe ensinou a acolhê-la ao invés de negá-la. Não obstante a relação de espectadores com as visões, Shanon observa que elas também “envolvem a pessoa que toma como um participante ativo, imerso na cena da visão” (Shanon, 2014, p. 67, tradução própria). Ou seja, a pessoa pode atuar nas visões. O autor se refere a esse fenômeno como “*enactment*”

⁹ Situação em que se coloca alguém para obrigá-l(o/a) a que faça algo contra sua vontade, *Diccionario de la Real Academia Española*.

e diz que as visões da ayahuasca podem fazer parte do desenrolar de cenários presentes nos recônditos da consciência que vêm à tona como realidades virtuais nas quais a pessoa pode atuar (Shanon, 2014). Então Nelson pôde não somente encarar a esquizofrenia, mas de fato atuar sobre ela. As antropólogas Tavares e Bassi (2013) também utilizam o termo *enactment* ao discutir a eficácia ritual, afirmando que esta última estaria mais relacionada à atuação de relações no contexto da performance ritual do que a uma cosmologia ou a um sistema de representações. A noção de *enactment* faz referência a um tipo distinto de relação com o mundo em que o impacto da experiência não está relacionado com o ato de processar informações, mas sim com vivenciar procedimentos e comunicar-se através da simulação. Independentemente de que se ateste efetividade a essas ações que se dão através das visões, é claro que o que é vivenciado nelas pode causar grande impacto na pessoa e, conseqüentemente, ter um efeito de transformação sobre ela.

Quando Nelson comenta sobre o *yagé* nunca ter lhe julgado está fazendo uma comparação com o sistema psiquiátrico, no qual ele foi enquadrado em diversas categorias patológicas e apontado com sintomas que, no final das contas, não diziam muito a respeito do que ele realmente sentia. Segundo Rodrigues e Caroso (1998), há uma complexa rede de sentimentos associados à aflição e ao sofrimento provocados por uma doença que orienta o indivíduo a buscar pelos significados dela. Essa busca envolve vários aspectos da vida da pessoa, sendo justamente esse o tipo de resposta que não é fornecida pela ciência biomédica. Então existe uma lacuna entre a realidade objetiva que a perspectiva biomédica fornece e a experiência subjetiva do sujeito. No entanto, a busca pelo bem-estar, pela saúde, não se guia simplesmente por uma identificação e interpretação de significados da doença. Não é tão somente na elucidação dos significados que está a densidade da experiência, mas na experiência em si. Além da relação entre causas objetivas e significados subjetivos está a vivência em si, o imperativo de passar pela experiência. A maneira de lidar com o impacto dessa experiência faz parte dessa tensão, mesmo que não se entenda – nem objetivamente nem subjetivamente – as causas do mal-estar. Como escutei muitas vezes no contexto *yagecero*, “primeiro você sana, depois você entende”. Então o presente não se resume a um retrato de causalidades, mas é também um momento de ocupar-se da saúde.

Nesse quesito também existe uma disparidade muito grande entre pacientes e psiquiatras. Se segundo a perspectiva psiquiátrica não há como curar-se da esquizofrenia, trata-se de controlá-la, e para tanto está a grande quantidade de remédios a que são

submetidos os pacientes esquizofrênicos: quitar os sintomas e evitar as crises. Para o paciente, entretanto, o efeito muitas vezes não é o de estar cuidando da saúde, mas sim o de estar lidando com uma nova forma de mal-estar, como se pôde perceber a pouco pela fala de Nelson ao comentar sobre o uso dos medicamentos psiquiátricos. Por outro lado, quando não enxergamos os estados de crise como exclusivamente maléficos, podemos perceber que são pertinentes para entender como funcionam os processos humanos e ampliar o espectro de que dispomos para entender seu dinamismo. Segundo a lógica da medicina yagecera, por exemplo, os momentos de conflito, consternação e desequilíbrio não podem ser simplesmente interrompidos, pois são fundamentais para informar sobre os maus hábitos em todas as esferas da vida e, se considerados seriamente, podem levar a pessoa à transformação psíquica benéfica, a um novo estado de bem-estar, como explica brevemente Nelson:

É como quando você toma yagé e está tendo uma viagem ruim. Se chega outra pessoa para te tirar da viagem, te cortar para que você saia dela e pronto... não é assim. Tem que vir o taita, te soprar perfume, te faz uma sanção com a guaira¹⁰, canta para você e a música ajuda. Então é bom porque você entra na viagem novamente e já vai caminhando por você mesmo, vai compreendendo melhor a situação, não resistindo a ela. Porque como se diz: “quanto mais você resiste, mais você se revolve”. Mas se você abraça a situação, você aprende. E aprende a escutar também, ao mundo, ao seu corpo, à terra, a todos os seres, então vai entendendo muitas coisas.

Trata-se, portanto, de viver a crise, abraçá-la. Nesse sentido, a experiência física de quem toma a ayahuasca é bastante significativa, porque em geral ela induz a um estado de mal-estar físico muito grande (que frequentemente leva ao vômito ou causa diarreia) e não há possibilidade de detê-lo. Lidar com o desconforto físico é realmente desafiador, ainda mais quando se tratam de pessoas que vêm de culturas nas quais se tem o costume de anestesiá-lo todo tipo de moléstia. A questão não é apenas controlar o vômito, que muitas vezes não é a causa do mal-estar, mas aprender a amparar a si mesmo. Shanon (2014) afirma que a indisposição física intensa necessariamente demanda algum tipo de resposta do indivíduo, se associando a ela uma ansiedade quando não se sabe como manejar essas sensações. Como disse Nelson, o *taita* e seus ajudantes podem auxiliar de diversas maneiras, fazem sanções, entoam cantos, aconselham, ajudam a amenizar o desconforto.

¹⁰ A *guaira* é uma planta sagrada de Putumayo usada para fazer limpeza e sanções, muitíssimo usada pelos *taitas* nas cerimônias de *yagé*.

De resto, cabe a cada um tratar de tranquilizar-se e aceitar a condição que o corpo impõe. Torna-se inevitável escutá-lo, pois é ele que vai ditar a hora de aliviar-se (vomitar e ir ao banheiro), bem como as posições e os movimentos que causam menos incômodo. Essa escuta leva as pessoas a se engajarem em um processo de auto-examinação, de busca de entendimento do que passa com elas. São reavaliados hábitos, comportamentos e relações que poderiam estar refletidos nessas sensações físicas negativas. No livro “Ayahuasca” (2002) o psicólogo Ralph Metzner reúne depoimentos das experiências de diversas pessoas com a bebida. O relato de Ava, uma psicóloga e terapeuta, sobre sua primeira experiência com a ayahuasca é bastante elucidativo dessa correspondência entre os sintomas físicos e a realidade psíquica:

Perguntei a mim mesma: “o que me deixa tão nauseada?” e vi cenas da minha vida. Minha própria vida me deixava enjoada, porque havia algo inconsistente e incompleto, eu me dividia. Alguma coisa precisava ser esclarecida. [...] Toda vez que eu racionalizava para deixar que um determinado relacionamento ou algumas de minhas conexões fossem embora, uma nova onda de náuseas me assaltava. Eu estava vivenciando uma luta entre meus velhos modelos mentais e a possibilidade de ter um novo corpo. [...] Embora já tivesse nomeado esses problemas antes muitas e muitas vezes, esta era a primeira vez que eu realmente sentia. [...] Apesar dos muitos anos de psicoterapia, o cenário de minha vida nunca fora tão claro e visceralmente sentido por mim. (Metzner, 2002, p. 84)

E, como aponta Shanon, essas percepções subjetivas têm efeitos concretos na vida da pessoa:

Como na vida, nas visões: confrontar desafios e lidar com obstáculos, superar medos, reunir os próprios recursos e encontrar soluções para problemas e situações difíceis – todas essas são experiências de aprendizado que investem ao tomador de ayahuasca sentimentos de cumprimento e impulsionam seu senso de valor próprio e auto-estima. Tudo isso pode ser de grande valor terapêutico. (Shanon, 2014, p. 67, tradução própria).

Então ter de enfrentar e manejar o desconforto corporal pode gerar repercussões positivas no sujeito, ainda mais quando se soma o efeito da *purga*¹¹. A purgação é um processo de limpeza do indivíduo que se dá através do vômito, da evacuação intestinal, da dor e da exaustão. Essa ideia de limpeza é ilustrada em um depoimento no livro de Metzner por um educador que diz que em uma experiência que teve com a ayahuasca

¹¹ O mesmo que purgação.

todas as “resistências, corrupções, ressentimentos nutridos por muitos anos, enfim, todo esse tipo de coisa jorrava para dentro do vasilhame próprio para purgação” (Metzner, 2002, p. 110). Passar pelo processo de purga implica encontrar-se em um estado de certa vulnerabilidade, no sentido de que se está suscetível à debilidade, ao descontrole, à dependência de outrem, além de, é claro, ao mal-estar em si. Valendo-me da palavra usada por Nelson, ao se dispor a passar por situações vulneráveis o indivíduo *abraça* o medo, a vergonha, o sofrimento, a incerteza, e se permite uma expressão franca e compassiva de si mesmo, processo que Nelson viveu continuamente por anos e que foi muito valioso para que ele pudesse lidar melhor com si próprio. Manuelito, meu amigo *taita* de Putumayo, resalta que esse processo de exposição é parte importante do aprendizado com a *medicina*, pois apenas dessa maneira se pode chegar a relacionar-se com o mundo de modo mais desimpedido e ter uma vivência espiritual.

Há um estado espiritual dentro da pessoa que o yagé ativa. Mas é um estado que quando você trabalha desde a lógica te custa acreditar, porque não tem uma resposta tangível ou visível. Então é um bloqueio que a pessoa mesma se põe, porque enquanto ela não pode ver e tocar, para ela não está contemplado. E eu entendo, hoje em dia é muito claro para mim, mas em outro tempo não. Só depois que eu não pude trabalhar pelo problema da coluna que eu me soltei e me entreguei. A pessoa precisa de momentos difíceis para poder soltar, porque é essa rudeza que não deixa ela se conectar. Então quando o yagé me ativou, de repente eu me soltei e soltei meus preconceitos, porque são preconceitos que a pessoa leva dentro. E nos prejudica muito a parte científica, porque desde o científico se estuda que as plantas tem tais componentes, que servem pra tais coisas, mas desde o espiritual não é assim.

Então para que o indivíduo possa “se conectar” ele deve renunciar, mesmo que temporariamente, a certas noções pré-estabelecidas por ele mesmo do que é concebível como realidade e admitir um novo modo de conhecimento. Como refletem Tavares e Bassi (2013), se considerarmos menos a significação dos elementos manejados em um ritual e mais o acolhimento deles, podemos captar aspectos mais profundos das práticas de cura e da eficácia transformativa vinculada a elas. Conjugando essa perspectiva com a de Manuelito, quando o *yagé* ativa a pessoa é porque comunica uma realidade especial que é acolhida pelo tomador em termos psíquicos e afetivos. Assim sendo, há de se estar atento às limitações de investigar esse tipo de experiências através da epistemologia científica, que comunica uma realidade muito específica e em geral inábil em estabelecer

articulações produtivas com outras formas de conhecimento. Como alerta Maria Betânia Albuquerque, pesquisadora de processos educativos não escolares e saberes das religiões ayahuasqueiras,

os saberes da ayahuasca podem ser um exemplo, entre tantos, de como cada prática, cada forma de relacionamento que se tem com o mundo gera também o seu regime de verdade, sua própria epistemologia, alcançada apenas sob um ângulo epistemológico que respeita a diversidade de conhecimentos existentes no mundo. Consoante as reflexões de Santos et al. (2004) não é possível conceber a possibilidade de uma epistemologia descolada de uma ontologia. O mundo da ayahuasca tem coisas, tem seres, tem entidades e não é, portanto, o mesmo mundo de que falam as epistemologias ocidentais. (Albuquerque, s/d, p. 29)

A epistemologia *yagecera* funciona, portanto, através de termos próprios e é acolhendo-a que as pessoas que tomam o *yagé* podem chegar a ter uma vivência espiritual. Para Nelson, se pode testemunhar a trajetória espiritual da pessoa com o *yagé* através das visões, chamadas de *pintas* no vocabulário *yagecero*:

O fato de que não se veja não quer dizer que não exista. Eu vi muitas coisas e o fato de que ninguém possa vê-las, ou que a maioria das pessoas não possa vê-las, não quer dizer que não exista. Que é precisamente o que acontece com as plantas de poder, com os enteógenos. Enteógeno é “Deus em nós”. Geralmente há vários tipos de pinta com os enteógenos. Com o yagé, por exemplo, há pintas superficiais, que são as visões que você tem e cria através de seus próprios estados emocionais. Há pintas que são de termo médio, que te ancoram entre o céu e a terra. Você está aqui, mas também quer ver outras coisas que estão mais além, que já é um grau de sensibilidade mais sutil. E há outras que são de hipersensibilidade, que é quando você abandona seu próprio ego, porque o ego está na mente, e atravessa esses limites da mente, isso de limitar tudo, abandona tudo o que você já foi ensinado, a educação que recebeu, e quando tudo isso se desvanece você encontra o mar das possibilidades. Digamos que para mim esse é o mais espiritual, falando nesses termos.

De acordo com a narrativa de Nelson sobre os níveis de *pinta* com os enteógenos, é como se a própria experiência convidasse ao abandono de uma forma de conceber o mundo e guiasse gradualmente a pessoa a desfrutar de uma percepção ampliada, onde está “o mar das possibilidades”. Como para Manuelito, está a ideia de que o espiritual é

alcançado quando a pessoa solta o conhecimento prévio que tem sobre o mundo, abandona os parâmetros e noções instituídos através da realidade ordinária (da lógica, do ego), e experencia o mundo através de uma vivência sensível. Isto posto, é pertinente a reflexão de Shanon (2014) sobre a questão de que classificar as visões, sons e sensações sob o efeito do *yagé* como “alucinatórias” não muda o fato de que elas geram um impacto real nas pessoas. O vínculo com a realidade depende do estado de consciência em que a pessoa está; se para ela é uma experiência genuína, o argumento de que se tratam de “ilusões” importa muito pouco, como mostra a fala de um escritor sobre suas visões no livro de Metzner: “Seria isto uma metáfora? Seria eu quem estava projetando aquelas imagens? Mas o fato é que nenhuma dessas possibilidades importava, já que eu realmente as via” (Metzner, 2002, p. 98). Ainda, a experiência mística não pode ser reduzida a condicionamentos psicológicos porque se insere em uma etapa distinta da experiência no mundo e, portanto, opera a partir de fundamentos próprios. Assim, para além de considerar a validade dos possíveis efeitos psicológicos dessas experiências, parece também proveitoso refletir sobre como se dá o florescimento do saber nesse domínio. Com relação à essa questão, nas conversas com Nelson me chamou a atenção a recorrência da palavra *consciência* sempre que falávamos do espiritual e do processo dele com o *yagé*:

Deus é a eternidade, é tudo. E está conectado a tudo. Deus é como um grande ventre ou um grande cérebro que é eterno. É uma consciência incomensurável. E tudo se radica na consciência. Não se trata de conhecimento, nem sequer de sabedoria, senão que a consciência é um tema de sensibilidade profunda. Quando se é capaz de ser sensível, se é capaz de compreender os mistérios do universo. Nos deparamos com o universo e é um espelho, somos reflexo de Deus, somos Deus, porque Deus é tudo, é cada célula, cada partícula. Estamos dentro dele e Ele está dentro de nós. Então o mais espiritual, realmente, é simplesmente ser humano; mas humano desde a consciência, desde o amor, desde todas as coisas que podemos criar para evoluir juntos, enquanto espécie. [...] O yagé é como um canalizador, é como se te desse melhor sinal, te ajuda a ver com maior clareza o que você já tem. Com uma boa guia, um bom guia, você pode encontrar uma alternativa que pode direcionar seu processo para um caminho de sensibilidade e consciência do que você está vivendo. Se são verdadeiros xamãs, taitas, curandeiros, abuelos¹², junto a uma medicina bem

¹² Literalmente, significa “avós”; se diz dos mais velhos, que têm muita experiência com a *medicina*.

cozinhada e bem preparada, é claro que estão te dando uma chave para que você abra para outras realidades que te ajudem a compreender o processo em que você não encaixa, para que se possa compreender um pouco a origem de tudo o que está acontecendo. Então isso te dá um sentido para onde caminhar, passo a passo você vai fazendo as coisas com um propósito e esse é o caminho porque é o caminho da consciência. E para quê? Para que se esteja em um processo de evolução consigo mesmo e com todo o entorno, com todos os seres. Esse é o mistério de viver.

A consciência de que fala Nelson não está atrelada à racionalidade, mas antes o contrário: se adquire consciência através da sensibilidade. A consciência aqui é uma energia divina, é Deus, e habita tudo o que existe. Se Deus nos habita, não há que transcender, o divino está aqui. Então o mais espiritual é ser o que somos, seres humanos. Segundo a perspectiva de Nelson, a *medicina* guia através da sensibilidade e ajuda a vislumbrar o que está dentro, ou seja, a consciência. Um fato engraçado é que eu, antes ainda de conversar com Nelson, muitas vezes expliquei para pessoas que nunca haviam tomado ayahuasca que a sensação que se sentia era a de conectar-se com uma hiperconsciência, interpretação que cruza com a percepção dele. Como ele explica, trata-se de um estado de consciência que possibilita a apreensão de uma multiplicidade de fenômenos latentes, tanto com relação a aspectos comportamentais e psicológicos individuais, como também relacionados a questões coletivas e mesmo existenciais, que dizem respeito à própria condição de existência do ser humano. No caso de Nelson, trilhar esse “caminho da consciência” fez com que ele adquirisse a capacidade de conduzir com autonomia sua própria alternativa de bem-estar:

Eu sinto que cheguei a um ponto de esclarecimento, me esclareci através dos anos, através do caminho, da medicina da selva, da música, da pintura. E isso diminui sua ansiedade, diminui a sua necessidade. Porque quando não se entende algo as coisas se tornam uma necessidade, se necessita, falta alguma coisa. Quando você é consciente você já não necessita, você quer. São diferentes as coisas desde o querer, porque quando você quer, quer dizer que já compreendeu mais além. Você entra em consciência e já não necessita muitas coisas. Já não necessita tomar os vinte comprimidos. Então quando você começa a entender e se conectar com uma consciência real do que está vivendo, o signo de pergunta desaparece e começam a aparecer os signos de admiração, ou seja, de querer. E assim o sofrimento nos convida à mudança.

Ao ser consciente do processo que estava vivendo Nelson pôde entender suas carências e conflitos e despertar dentro de si uma perspectiva própria de como mudar sua condição – sem sofrer com ela nem tampouco suprimi-la com medicamentos. Despertou a faceta positiva do desejo, que não opera pela falta, mas pelo querer. Nesse sentido, não se trata somente de uma perspectiva de mudança, mas de um engajamento consigo mesmo. Existe nesse processo um comprometimento que esse trecho da entrevista com Manuelito ajuda a entender:

Tornar-se taita, mais que tudo, é firmar um compromisso com a vida. Nesse compromisso, quando você entra para o yagé, o yagé pode te dizer que você já não deve mais fazer certas coisas, e se você faz, passam umas coisas na vida que são muito duras. Nesse momento a pessoa sofre, mas ao final sempre se dá conta de que isso aconteceu porque ela falhou. [...] Então se você era feliz antes com o que fazia, agora você diz: “não, eu quero mais”, você quer ir mais além. Mas já com uma finalidade, porque aí entra a parte energética do espírito onde você já não faz a coisas por você mesmo, senão que faz pensando mais produtivo, ou seja, para as outras pessoas.

Como *taita*, Manuelito tem um compromisso com o *yagé*, arca com certas responsabilidades em troca de todo o conhecimento que recebe. Portanto, é uma relação que implica em obrigações recíprocas. Com relação a essa questão há uma reflexão bastante relevante realizada pelo teólogo Stephan Beyer (2013) sobre como a ayahuasca vêm sendo estudada a partir do paradigma científico. Ele comenta que as investigações científicas sobre as plantas sagradas em geral são conduzidas no sentido de pensar sobre o que elas podem fazer por nós: como podem curar, ajudar a superar vícios e contribuir para uma expansão da mente. No entanto, observa que “nas culturas indígenas os xamãs curam porque estão em uma relação pessoal e mútua com os espíritos de cura da planta” (Beyer, 2013, 0'49”), então é importante observar que a ayahuasca não é simplesmente um instrumento que as pessoas podem usar, ela é um *ente autônomo com o qual é possível interagir*. Beyer afirma que os xamãs estabelecem uma relação de confiança com o espírito protetor das plantas e se entregam devotamente aos seus poderes para que elas ensinem os seus mistérios. Ainda, ele acrescenta que as plantas tem suas próprias lições para ensinar, muitas vezes imprevistas pelas pessoas que tomam a bebida, então não somente por parte dos tomadores, mas na cerimônia em si também existe uma intenção, um propósito. E, como explicita o teólogo, “você não pode ser um turista no mundo dos

espíritos” (Beyer, 2013, 7'13"). Existe uma obrigação de reciprocidade e ela não é exclusiva da relação do xamã, mas se aplica a todas as relações com a ayahuasca, como explica Nelson:

Com o yagé, como com todas as substâncias elementares, há de se ter cuidado. Porque quando desrespeitamos o yagé há uma crise interior. Mas eu penso que quando estamos nesse encontro permanente com a consciência aprendemos a ter mais maturidade. Quando você desperta, já não há volta atrás. Por isso se deve conhecer bem ao elementar, abraçá-lo, agradecê-lo e respeitá-lo. E a melhor maneira de respeitá-lo é quando a pessoa começa a fazer as mudanças que tem que fazer e quando realmente está disposta a fazê-las. Mas se uma pessoa não quer mudar uma atitude tem que vivê-la até o fim, até compreendê-la. Ela pode tomar um galão de yagé, mas se seu ser interior, que é Deus, não quer soltar alguma coisa, ela só pode esperar a que chegue um ponto em que ela mesma diga “é isso, agora sim”. Com o tempo vamos compreendendo nossos processos e soltamos as coisas por um ato real de consciência. [...] Agora eu já não tomo tanto [yagé] porque acontece que como já tomei tanta medicina, ela fez tanto bem em mim e eu fiz um processo tão profundo que cada vez necessito menos. Vim reduzindo, reduzindo, reduzindo. Mas sigo sustentando a tese de que a pessoa que sinta o chamado vá. Não podemos nos negar a algo que talvez, se sabemos manejar, nos tire a venda dos olhos.

Então, de acordo com o que Nelson diz, a reciprocidade ocorre quando a pessoa honra as aprendizagens que foram presenteadas pela *medicina* e passa a engajar-se em uma transformação, agindo de acordo com a consciência a que teve acesso. Não se trata de uma substituição de convicções ou comportamentos, senão que as mudanças se dão através de um processo contínuo de conexão com uma consciência sobre si, como aponta Shanon:

As experiências especiais que a ayahuasca induz brindam as pessoas com possibilidades e potenciais. Ela revela sentimentos, estados mentais, situações, ideias e padrões de comportamento que essas pessoas podem nunca ter encontrado ou pensado sobre antes. Se tudo isso vai ter um efeito duradouro depende de cada tomador individual, não da ayahuasca. Cabe a cada pessoa medir o que a ayahuasca mostrou para ele ou ela, julgar o seu valor e significância, e agir, ou não agir, com relação a isso. Sim, a ayahuasca é uma grande professora e curadora, mas a responsabilidade última sobre o crescimento e a cura permanece com cada um de nós. (Shanon, 2014, p. 73, tradução própria).

É importante ressaltar que, como também se pode inferir da fala de Nelson, o acesso aos aprendizados não dependem de uma ingestão contínua da bebida, são absorvidos pelo sujeito e estão sempre à disposição. Conforme aparecem situações onde podem ser aplicados, os ensinamentos adquiridos em uma cerimônia de ayahuasca vão sendo integrados ao cotidiano e também se desenvolvendo mais. Essa integração é fundamental porque é através dela que se dá a articulação entre experiência ritual e cotidianidade. E somente explorando a perspectiva dos próprios participantes sobre a repercussão, manutenção e evolução dos significados e transformações produzidas nas cerimônias em suas vidas cotidianas poderemos entender com mais profundidade como se dá a eficácia das práticas rituais. Como afirma Miriam Rabelo,

No que toca o estudo dos rituais de cura, recuperar a perspectiva dos atores não é apenas repensar o modelo de análise do ritual, mas de fato ampliar o foco do estudo para além do campo específico da performance e buscar a sua articulação com contextos mais abrangentes (Rabelo, 2008, p. 55).

Na experiência de Nelson, é a obrigação da reciprocidade, a exigência da aplicação das aprendizagens, que mantém e faz evoluírem os significados e transformações produzidas por meio do ritual. Inclusive, essa integração entre realidade ritual e ordinária está nos planos da cerimônia, como evidencia o relato de Ava: “estabelecemos que o fator integração seria uma das partes mais significativas desse ritual; teríamos, portanto, de trazer todos os nossos *insights* e imagens à vida real” (Metzner, 2002, p. 85). Outro fator que contribui para a permanência e desenvolvimento dos conteúdos das cerimônias é a mudança de perspectiva. Em particular a apreciação de que tudo o que existe está harmoniosamente conectado é muito comum durante os diversos contextos ayahuasqueiros (Shanon, 2014), como exemplifica o depoimento da artista Caroline no livro de Metzner, que conta que em uma cerimônia ela foi “envolvida pelo sentimento de que tudo ali estava no seu devido lugar e em perfeito equilíbrio” (Metzner, 2002, p. 99). Segundo Shanon, percepções como essa geram uma intuição de que tudo o que existe está investido de profundo significado e frequentemente fazem com que o tomador reavalie a proporção e a importância que dá aos seus problemas e necessidades. Dessa maneira, o indivíduo pode desenvolver uma capacidade de auto-percepção que “revela, desencadeia ou gera habilidades pessoais que se tornam recursos psicológicos permanentes” (Shanon, 2014, p. 73, tradução própria). Assim, a perspectiva subjetiva da pessoa é ressignificada, como se pode notar pela fala de Nelson:

“Ah, então eu não estava alheio a nada, Deus está dentro de mim, e eu estou conectado com tudo, com a natureza, com a água, e ah! É que a água também é um ser vivo! Ah...”. Há uma harmonia, uma rede que mostra que tudo tem a ver com tudo e nada está solto nem separado. E a experiência que eu tenho, principalmente com o yagé, é a de experimentar a unidade como algo realmente extraordinário. Daí vêm todas as cosmogonias. Então a ideia de unidade é a vitória e parte da consciência. Se compreendemos que há uma unidade então já não temos por quê julgar a ninguém, se compreendemos a unidade não temos que gerar tantas tensões. Podemos manter margens onde cada um esteja em seu espaço de maneira individual, mas sem a ideia de fragmentar as coisas.

Shanon comenta que são gerados sentimentos interpessoais bastante positivos durante as cerimônias, “notavelmente amor, empatia, compaixão e perdão” (Shanon, 2014, p. 64), que são experienciados também com animais e plantas. Assim, a percepção do mundo através do yagé gera um sentimento de coesão com o todo circundante. Nelson fala não somente em reconhecer a unidade, mas em sentir-se pertencente a ela, como pinta também um verso de uma canção de cerimônia yagecera: “sou o tecido, sou o tecedor, sou o sonho e o sonhador”. A realidade é um tecido, uma rede, uma teia, são várias as analogias. É a contemplação de que “os eventos, antes aparentemente desconexos, agora parecem entrelaçados” (Metzner, 2002, p. 110). Uma realidade não-fragmentada se apresenta com o yagé; o casal de psicólogos Stanislav e Christina Grof classificam esse tipo de experiências como “episódios de consciência unitiva”, nos quais “ocorre a dissolução das fronteiras pessoais e surge a sensação de unidade com outras pessoas, com a natureza ou com todo o universo” (Grof e Grof, 1992, p. 34). Segundo Nelson, esse *vínculo total* gera um novo cuidado com relação a si e à coletividade, sendo possível alcançá-lo somente através da consciência e da sensibilidade. E como ele explica, a ideia de unidade não implica em uma fundição do todo; é possível desindividualizar sem despersonalizar – dinâmica que talvez seja o grande desafio da experiência esquizofrênica e possivelmente uma das razões pelas quais a vivência com a ayahuasca seja tão positiva quando nessa condição.

Taita do desconhecido

Conheci a Omar Contreras através do meu namorado, que já havia tomado *yagé* com ele algumas vezes. Ele sugeriu que nos conhecêssemos porque eu já estava começando a pensar sobre os possíveis benefícios que uma pessoa com esquizofrenia poderia encontrar na interação com o *yagé* e, como Omar era um *taita* que havia sido diagnosticado com esquizofrenia na juventude, ele poderia ajudar-me a pensar sobre isso. Em nosso primeiro encontro lhe contei tudo sobre a pesquisa e ele me deu indicações de livros e teceu comentários muito pertinentes para que eu seguisse pensando sobre o tema de forma mais madura. Depois desse dia nos encontramos mais duas vezes, nas quais tomei *yagé* em cerimônias guiadas por ele, até que resolvi perguntar-lhe se podíamos nos encontrar para uma entrevista gravada e ele me disse que sim. Como no caso de Nelson, os trechos citados aqui são resultado dessa entrevista que fizemos na *Universidad Nacional de Colombia* em Bogotá, onde Omar estuda filosofia.

Omar conta que na época em que lidava com a esquizofrenia ele tinha – sempre acrescentando “algo que na psiquiatria chamam” – episódios de paralisia do sono, crises de ausência, ataques de pânico e que também ouvia coisas e tinha visões e sensações que existiam somente para ele. Era toda uma variedade de percepções, como por exemplo ver os rostos das pessoas se derreterem e se converterem em caveiras, sentir vermes na língua, ver água jorrando dos ônibus na rua ou escutar vozes de seres que não estavam ali. Ele me disse que não saberia dizer exatamente o que em sua vida poderia ter causado esses estados nele, mas que algo que ele considera que os prenunciou foi o fato dele ter tido pesadelos demoníacos diários desde muito novo.

Algo que anunciou esses episódios era que eu, desde que tenho memória, e eu tenho uma memória muito boa, me lembro até de quando era bebê, de várias coisas que aconteciam comigo, e me lembro que desde essa época eu sonhava todas as noites, não era coisa de algumas noites, todas as noites mesmo, eu sonhava com o diabo. Um pesadelo com o demônio. Eu me despertava chorando todas as noites desses pesadelos, eram pesadelos horrendos, muito pesados para uma criança. Mesmo agora quando me lembro desses pesadelos sinto que eram pesadelos muito fortes.

Ele me contou alguns desses pesadelos, de fato atormentadores, e disse que sempre envolviam o demônio ou figuras demoníacas, imagens de cruz e do inferno, esse tipo de representações. Algo que me chamou a atenção foi que ao perguntar-lhe sobre o

conteúdo das visões que ele tinha e das vozes que ele escutava, ele me disse que não tinham exatamente um sentido específico, mas que havia uma recorrência muito clara do tema religioso:

Eu não poderia dizer que havia lógica nas coisas que eu via e escutava, mais bem tinha certas recorrências. O tema religioso se manifestava muitas vezes. E além disso o tema religioso era uma das causas que às vezes me disparava uma crise dessas. Por exemplo, se eu ouvia ou via um religioso falando de Deus, me disparava isso. Eu não podia entrar em uma igreja porque isso de uma vez me disparava a essa dimensão. Às vezes eu como que sentia a presença do demônio me perseguindo também. E às vezes o que eu via era... é que me dá vergonha dizer, de verdade. Mas eu via Jesus Cristo.

Um fato interessante foi que no dia em que conheci a Omar, em que estávamos reunindo-nos para uma *toma*¹³, ele estava usando uma camiseta com o rosto de Jesus Cristo estampado e isso me causou estranhamento, pois até então eu nunca havia percebido sinais de fusão entre elementos da tradição judeu-cristã com os da tradição *yagecera*. Nunca cheguei a questioná-lo mais a fundo sobre como ele se relaciona com essa questão, mas de todo modo, se pode perceber que havia uma tônica religiosa em sua vida; em seus sonhos e também visões, vozes e sensações com a esquizofrenia, tendo sido esse inclusive o gatilho de seus momentos de crise muitas vezes. E embora hoje em uma conjuntura bastante distinta, me parece que o tema seguiu sendo central em sua trajetória, pois em seu trabalho como *taita*, partilhando o *yagé* e curando, ele tem toda sua vida voltada para o domínio do espiritual.

Voltando à sua época com a esquizofrenia, as crises eram muito comuns em seu cotidiano e ele conta que seu maior sofrimento era por sentir-se sempre na iminência de ser arrastado para um estado em que ele perdia todo o controle sobre si mesmo. Omar fala que o que o alarmava realmente não eram as vozes e visões em si mesmas, senão o fato de que ele demorava a reagir a elas:

Uma vez eu estava em um ônibus e começou a soar em minha cabeça uma música de trombetas. De repente comecei a sentir o som muito agudo das trombetas e senti que ia perder todas as noções. Então tirei um papel, anotei meu nome, meu endereço, para onde ia. E me deu um ataque de pânico depois disso. Era... era difícil minha

¹³ Se diz de uma cerimônia de *yagé*.

vida nessa época. [...] O que me assustava era que quando eu tinha um episódio ou um ataque desse tipo eu não reagia rápido, senão que me entregava a um estado em que não me questionava se isso era normal ou não. Depois me dava conta de que isso não era normal e que fazia um tempo que eu estava nesse estado. O que eu pensava era que ia ficar louco, ou seja, que ia cruzar uma fronteira e perder a possibilidade de reagir diante desses estados ou que ia simplesmente passar a considerá-los como algo a que eu não deveria reagir. Parecia um umbral que, se eu cruzasse, já não ia poder voltar. Eu sentia que eu podia de alguma maneira chegar a esquecer quem eu era, como me chamava, onde eu vivia, todas essas coisas que para a maneira ordinária de ser são muito básicas. [...] Depois que tive todos esses episódios comecei a ler sobre fenomenologia psiquiátrica. Usando um dos termos que eu aprendi, eu diria que o que me dava medo era perder a estrutura de minha mesmidade. Quer dizer, uma pessoa para estar no mundo, em uma situação, ela sabe onde está, sabe quem é, sabe quem são as pessoas com quem conversa. Me dava medo perder isso que sempre é tácito e está pressuposto. Me dava medo perder o assento a partir do qual uma pessoa flui na vida normalmente, eu tinha medo disso. [...] O que me dava pânico era perder a estrutura do ego, entendida como um saber de onde se está, com quem se está, essas coisas.

Perder a capacidade de discernir quais são os cenários que se reproduzem apenas para si e aqueles que existem para todos tem o efeito de desconfiabilizar o uso dos sentidos, resultando em uma perda de referencial para a pessoa, como mostra a fala de Omar. Ele frisou ainda outras vezes que o que realmente o transtornava com a esquizofrenia era isso, o medo de perder as pré-noções que tinha sobre si mesmo e estar completamente suscetível às condições inerentes a esse estado. Como ele afirma no final dessa última fala, o que ele mais temia era perder a estrutura do ego, entendida por ele, ao que parece, como o suporte do estado de consciência ordinário. Omar, como Nelson, também sofria pela incompreensão de seu próprio estado e por não saber o que fazer. Ele me conta que sentia que estava enlouquecendo aos poucos e que foi ele mesmo quem pediu ajuda psiquiátrica:

Eu estava consciente de que o que estava acontecendo comigo não era normal. Eu me sentia um desgraçado, me sentia muito mal. Eu não fui alguém que levaram obrigado a ver um psiquiatra, fui eu quem pediu. Comecei a dizer à minha família que me levassem a um médico que me ajudasse a sair daquele estado. [...] Nessa época eu

tomava muitas pílulas. Me dava cansaço, me sentia cansado o dia inteiro. Na verdade, não senti melhora nenhuma, pelo contrário, senti que essa droga me afetou inclusive a nível gástrico. Às vezes o que eu sentia com esses remédios era que minha alma como que abandonava meu corpo, mas eu seguia no corpo. De fato muitas vezes disse ao psiquiatra que o que estava acontecendo comigo era que eu havia perdido a alma.

Interessante notar que Omar e Nelson usam a mesma analogia para descrever o estado em que se encontravam sob o efeito desses medicamentos psiquiátricos: “sem alma”. Sem alongar-me por ora, somente gostaria de propor uma breve reflexão de que qualquer prescrição que aniquile a vivência subjetiva de uma pessoa dessa maneira deve ter o valor de sua serventia reconsiderado. Em todo caso, Omar já tinha decidido não tomar mais a medicação quando um amigo da universidade o levou para tomar yagé pela primeira vez, dizendo que talvez o *remédio* pudesse ajudá-lo. E de fato, Omar conta que foi quando tomou o yagé pela primeira vez que começou a perder o medo do que estava lhe passando.

Me pegou bem duro a primeira vez. O que senti foi que o yagé me levou até o fundo do que a esquizofrenia podia me levar e me mostrou que no pasa nada. Que uma pessoa pode entrar até esse fundo e não vai lhe acontecer nada. Me disse: “tranquelize-se... você não quer ir para lá, pois olhe”. Me levaram até lá e me dei conta da bobeira que era estar assustado pela minha própria mente.

É como se todo o medo de se entregar àquele estado, de cruzar um umbral entre a normalidade e a loucura, de perder as noções sobre si, a estrutura de seu ego, o assento para fluir normalmente na vida, como se tudo isso houvesse se efetivado de uma só vez e, o mais importante: “*no pasa nada*”; no final das contas, não há nada de tão desarranjado ou transtornado nisso. Manuelito, meu amigo xamã de Putumayo, fala que faz parte do processo com o *remédio* ter de encarar certas situações durante as *tomas*:

O remédio te põe em um estado em que você diz: “não, eu não quero estar assim”, e aí então ele faz com que você viva esse processo. Por isso é muito bonito o yagé, porque em um momento do caminho ele te faz conhecer a loucura, te faz viver a loucura para entendê-la.

Segundo Benny Shanon (2014), uma das reações mais comuns quando a ayahuasca é ingerida é a sensação de medo. Ele afirma que essa sensação pode ser bastante construtiva na medida em que acaba por forçar o indivíduo a confrontar as

próprias limitações e, apesar do sofrimento que elas trazem, superá-las, gerando um sentimento de realização e empoderamento. A pessoa é levada a viver seus medos, abraçá-los, e isso a investe de consciência sobre os próprios processos e de uma potência de transformação. Ava, terapeuta apresentada no livro de Metzner mencionada a pouco, também comenta ter superado o medo de perder o controle através da experiência que teve em uma cerimônia: “a forma natural como eu lidara com as mudanças advindas da ayahuasca, e o quão fortalecida saí desta experiência, concluí que não havia razão para ter medo de perder a consciência” (Metzner, 2002, p. 86). Omar não somente superou o medo, mas começou a reconhecer um valor positivo em poder aceder a este estado que antes lhe estarrecia.

Comecei a me dar conta de que os xamãs aprendiam metendo-se no desconhecido sem medo. Então eu disse: “eu o que estou fazendo aqui com medo de perder o ego? Pois então, me meto nisso sem medo também”. E comecei a perder o medo e a afundar-me no desconhecido. E o que a pessoa começa a reconhecer é uma sede pelo desconhecido depois. Minha atitude mudou desde aí. Passei de uma pessoa que está assustada porque está afundando no desconhecido a uma pessoa que se aventura no desconhecido e não lhe importa se seu ego se rompe. Na medida que comecei a entender que os xamãs atribuíam um valor supremo a esse tipo de experiências decidi que tinha que seguir apesar do medo. Comecei a perder o medo e nesse momento eu sei, conheço de muito perto o valor que tenho. E o medo se foi.

Se deixar levar pelos estados causados pela esquizofrenia significava perder o ego e afundar-se no “desconhecido”, era isso que o apavorava. Colocar seu medo em evidência foi o primeiro passo para superá-lo. Ao observar os xamãs mergulharem no desconhecido destemidos e com diligência, Omar começou a perder o medo desse mundo oculto e também interessar-se pelo valor que essas experiências tinham. Estar em uma conjuntura onde pensamentos não-lineares e experiências extraordinárias tem lugar de ser faz com que as pessoas que estejam contemplando e sentindo o mundo dessa maneira possam acolher seus próprios estados de consciência e vivenciá-los de maneira significativa e construtiva. Tanta estima teve Omar por essa nova conjuntura e pela aprendizagem com os *taitas* que nunca mais se afastou dela, ainda segue firme em seu caminho *yagecero*. Quanto a sua trajetória como *taita*, em uma de nossas conversas perguntei porque era sempre tão sofrida a etapa inicial da vida como xamã, tema de que

já havíamos conversado antes, e ele me respondeu que é necessário passar pelo sofrimento para poder libertar-se do ego:

O sofrimento é a condição de possibilidade para que a estrutura do ego se rompa e permita à pessoa liberar-se dela e acessar o transcendental. O que não deixa a existência que há em uma pessoa alcançar as regiões transcendentais da vida, chegar à Deus ou à dimensão do sagrado, é o ego. Se não tivéssemos ego estaríamos nessa esfera do sagrado, estou seguro. Então, quando uma pessoa toma muito yagé é inevitável que se rompa essa estrutura do ego, mesmo que ela logo volte a aparecer. [...] O sagrado é esse desconhecido, que é terrível e ao mesmo tempo fascinante. Algo que tem a capacidade de aterrar a uma pessoa e fazê-la sair correndo, mas ao mesmo tempo a atrai. Acredito que essa é a relação que o ser humano tem frente ao sagrado.

Para Omar, o que nos impede de penetrar a dimensão do sagrado é a consciência ordinária, que suscita o receio desse mundo misterioso para nós, e a única maneira de transpassar essa estrutura normal e acessar esse domínio é através do sofrimento. A oportunidade que se apresenta com a ruptura do ego é a de estar vulnerável ao mundo, exposto ao desconhecido, e por isso a jornada sofrida, para poder quebrar a ordenação usual das coisas e penetrar o terreno do sagrado. Assim, Omar começou a reconhecer o valor de suas experiências extraordinárias com os *taitas*, permitindo-se romper com essa ordem convencional e lançando-se a uma nova forma de conceber mundo, que tem também uma racionalidade específica, mas que opera a partir de um critério de inteligibilidade distinto.

A experiência da ayahuasca oferece a possibilidade de um conhecimento que rompe com a lógica cartesiana por se tratar de um *saber vivido*. Albuquerque (s/d) explica que o “método” que possibilita as aprendizagens com a ayahuasca é o êxtase, ou seja, a técnica utilizada para conhecer e aprender sobre o mundo é a própria entrada em um estado de ampliação da consciência ocasionado pelos efeitos da bebida. Então “a ayahuasca não é apenas um saber, mas uma experiência” (Albuquerque, s/d, p. 27). Enquanto a ciência, por exemplo, produz e revela uma possibilidade de ordem da natureza rastreando as causas e determinando o funcionamento dos fenômenos, o yagé produz e revela outra possibilidade a partir da experiência do sujeito. Uma maneira de entender como essas aprendizagens são concebidas através da experiência de cada tomador é através da análise das visões. Segundo Shanon, “o significado das visões da ayahuasca

deve ser concebido de maneira similar àquela dos trabalhos de arte” (Shanon, 2014, p. 61, tradução própria), isto é, não de acordo com os símbolos e aspectos que elas representariam, mas com as percepções que elas evocam. A música, por exemplo, não é nem representacional nem simbólica: transmite significados situando o ouvinte em um certo estado de ser e assim o conduz a distintos humores, pensamentos, emoções (Shanon, 2014). Então as visões *não representam* sentimentos ou conhecimentos, mas *se apresentam* para as pessoas e a assimilação dessa apresentação varia de acordo com a percepção delas. Não há uma representação dada, nenhum argumento *a priori*, por isso o autor diz que as aprendizagens se dão através de “articulações experienciais” que ele chama de “apresentações” (Shanon, 2014, p. 62, tradução própria). As diversas maneiras de experienciar as visões e sensações sob o efeito do *yagé* comovem os sujeitos e repercutem em suas vidas e, assim, se geram saberes. O depoimento de Omar sobre como foi o processo para que ele se tornasse *taita* é bastante elucidativo da maneira como essas apresentações afetam os sujeitos e fazem surgir distintos tipos de saberes, pois ele ressalta a dimensão da experiência em si como determinante para o aprendizado.

Basicamente se aprende xamanismo acompanhando a um xamã em sua vida como xamã, ajudando-o. Aprendendo as tarefas mais básicas como lavar a louça do remédio, pôr as velas, acender o sahumero¹⁴, aprender a cozinhar o remédio, a distinguir as plantas medicinais que se usam na medicina, a guaira, a ortiga, os diferentes vomitivos que as vezes usam os xamãs do Putumayo para curar, tudo isso. Digamos que essa é a parte mais tradicional. Se transmite como um “o que fazer” que se aprende da tradição, mas a parte mais importante é a parte dos conhecimentos que a pessoa adquire a partir da exposição à experiência da própria medicina. A maneira de aprender é tomando uma dose de medicina que consiga insuflar dentro da pessoa o conhecimento. Ou seja, como se aprende? Tomando até cair ao chão. Tomando até sofrer, tomando até sentir que se sofre. Tomando até perder o conhecimento. Pelo menos desde o xamanismo Cofán é assim que se aprende, tomando. Tomando muito.

Segundo Shanon (2014), o impacto instrutivo das visões pode se dar através de diferentes tipos de apresentações: situações do passado, parábolas metafóricas das quais

¹⁴ Fumaça produzida por uma matéria aromática que se põe no fogo para purificar, *Diccionario de la Real Academia Española*.

a pessoa auferir uma moral, personificação de, por exemplo, sentimentos ou doenças, e ainda a apresentação explícita de um guia, de um ser que dá instruções à pessoa. Seja como for, o importante é que é através das *pintas* que se aprende, pois é através delas que se experiencia a medicina. As *pintas* no vocabulário *yagecero* são espécies de revelações que se dão através de diferentes meios sensoriais – não apenas da visão – e confluem com tudo o que se vai sentindo, pensando, entendendo e criando na experiência, são elas que “insuflam o conhecimento” na pessoa. É claro que cada contexto ayahuasqueiro tem sujeitos que ensinam e orientam sobre a *medicina*, mas é principalmente através da experiência de cada tomador que o conhecimento é construído.

Albuquerque realiza uma reflexão sobre a epistemologia da ayahuasca de modo a mostrar como há diferentes tipos de saberes potencializados pela bebida que são “transmitidos e apreendidos pelos sujeitos, configurando-se como uma situação de comunicação e aprendizagem”. (Albuquerque, 2014, p. 2). A autora adota a perspectiva de que a ayahuasca é uma dentre outras plantas mestras, que são plantas caracterizadas como “seres inteligentes, com personalidade própria, com quem podemos nos relacionar e aprender” (Albuquerque, 2014, p. 2). Acatar o entendimento de que essas plantas têm agência consequentemente leva à observação de que elas, além de permitirem o acesso ao conhecimento ao presentear “olhos para ver e ouvidos para ouvir” (Kalweit, 1992, p. 97, tradução própria), de fato produzem saberes e ensinam, aspectos da experiência que só podem existir em conjunto, enquanto causa e efeito um do outro, como mostra um pouco a fala de Omar:

A constatação de que alguém aprendeu a tomar desde o xamanismo Cofán acontece de muitas formas: uma é a capacidade que a pessoa tem para tomar. Alguém que sabe não é uma pessoa que com um pouquinho já cai e se revolve no chão, não. É uma pessoa que pode suportar muito remédio e entrar em uma profundidade de uma viagem muito intensa sem perder o controle. Para derrubar alguém que sabe, vê-lo assustado, tem que dar-lhe muito remédio. Também se verifica se a pessoa aprendeu se ela sabe os cantos. Ou seja, o conhecimento do xamanismo Cofán tem a ver com a aprendizagem de uns cantos mágicos que têm muitas utilidades. Mas uma das utilidades mais relevantes são os cantos que têm propriedades curativas. Outra característica que distingue alguém que sabe é a capacidade que o remédio lhe dá para tocar instrumentos. Eu, por exemplo, antes de começar a aprender não tocava nenhum instrumento, agora toco, e quando tomo remédio adquiro uma capacidade

maior para cantar e tocar instrumentos. E eu acredito que se tomo suficiente poderia pegar qualquer instrumento e fazê-lo soar. Então essa é uma das coisas que faz ver se a pessoa sabe, a capacidade musical que adquire.

Então o *remédio* potencializa uma experiência de aprendizagem pelo estado que causa na pessoa que o toma, mas também ensina de fato, dá capacidades, como a de tocar instrumentos por exemplo. Assim, uma vez que a fonte do saber é centrada na ayahuasca, mas esse saber só é revelado quando da ingestão da bebida por uma pessoa, “falar da ayahuasca enquanto prática educativa só é, então, possível, a partir de uma primeira ecologia que se realiza entre plantas e humanos” (Albuquerque, s/d, p. 22). Ainda, há uma “ecologia de sujeitos de saberes” (Albuquerque, s/d, p. 22), pois a aquiescência desse saber é ativa, dado que diferentes grupos de humanos vão reconhecer distintas maneiras de gerar conhecimento através da relação com o *yagé*. Portanto, o potencial pedagógico da experiência reside nas próprias plantas, que são possuidoras de conhecimento, e na articulação que os sujeitos farão desses conhecimentos ao torná-los tangíveis, se configurando como um saber “epistemológico-ativo”:

Na interação entre as pessoas e a ayahuasca uma ecologia de conhecimentos é produzida na medida em que há um saber que é trazido pelas pessoas e o consumo da bebida traz outros saberes cujo acesso é mediado pelas propriedades psicoativas da bebida. Este caráter psicoativo é, na realidade, epistemológico-ativo porquanto abre para outros conhecimentos, configurando uma sabedoria ayahuasqueira. (Albuquerque, s/d, p. 24)

Então dentro da epistemologia *yagecera* as relações entre sujeitos não acontecem somente no contexto da sociedade humana, mas também entre seres não-humanos. Como afirma a autora, “se o espírito permeia todo corpo vivo, isto alarga sobremaneira a perspectiva da alteridade, em geral circunscrita ao mundo humano, passando a incluir todos os seres nas suas mais diferentes formas de manifestação” (Albuquerque, s/d, p. 19). Assim, todos os elementos que acompanham a interação entre as pessoas presentes na cerimônia e a ayahuasca – como a música, os cantos, os incensos, a comida, o fogo, a água, além de muitos outros – condicionam a experiência. Neste trecho, por exemplo, Manuelito explica a influência que ele exerce através da música na cerimônia.

Quando você toca um instrumento, algumas notas são mais graves e outras mais agudas, umas com as ondas assim e outras assim [gesticula]. Então quando você estuda a vibração do som, você trata de fazer todas as formas de sons para poder

ativar. Daí eu pego a guaira, a arpa de boca, posso pegar uma flauta também, não é tanto o instrumento, mas a vibração, a cor do som. Então se falta para alguma pessoa que se ative uma coisa, eu ponho essa vibração que está faltando. Como quando uns chacras estão bloqueados e alguns ativos, então com o som você chega e entra nesses chacras bloqueados e os ativa, se conecta tudo. E assim eu vou ajudando as pessoas a se sanarem.

E ainda, como já foi comentado a partir da perspectiva do teólogo Beyer (2013), os xamãs aprendem sobre o universo e curam porque estão em uma relação pessoal e mútua com os espíritos da planta, então quer dizer que existe um saber acerca do mundo que vem de outro mundo, de entidades não somente não-humanas, mas imateriais, espirituais, ideia que faz com que se amplie ainda mais a noção de alteridade. Negligentemente, muitas vezes os procedimentos reducionistas das ciências humanas acabam por trabalhar a noção de “espírito” não como tendo uma dimensão ontológica própria, mas como sendo um conceito presente apenas no plano mental dos sujeitos. Diversamente, segundo a perspectiva de Albuquerque, essa dimensão definiria ainda outro tipo de ecologia existente na epistemologia ayahuasqueira – além da ecologia entre plantas e humanos e entre sujeitos de saberes –, uma ecologia que se dá “entre este mundo e os outros mundos” (Albuquerque, s/d, p. 23).

Curados?

Faz mais de uma década que Nelson e Omar não frequentam nenhuma clínica nem tomam nenhuma medicação psiquiátrica. Ambos trabalham, estudam, exercem diversas outras atividades, convivem saudavelmente com a família, têm ciclos de relações sociais duradouras, parcerias amorosas, enfim, tem uma vida considerada normal. Diante disso fica a questão: se pode dizer que estão “curados” da esquizofrenia? Há, afinal, algo a ser curado? Desde a psiquiatria as respostas para essas perguntas são previsíveis e serão discutidas no próximo capítulo, mas a prioridade e o entusiasmo aqui são com relação ao ponto de vista deles sobre saúde mental e sobre como se sentem com relação à esquizofrenia hoje. Quando perguntei a Omar se ele achava que toda pessoa considerada louca estava doente, ele me disse assim:

Eu penso que se um desatino não causa dano a ninguém e antes faz bem à pessoa, não necessariamente tem a ver com uma enfermidade. Ademais que cada cultura tem

uma maneira de determinar quem está são e quem está louco, então isso é espinhoso. Houve uma época em que ter ideias políticas revolucionárias era uma forma de loucura e a essas pessoas lhes faziam lobotomias, Michael Foucault fala desse tipo de coisas. Ele fala que a psiquiatria é um saber que também tem a ver com como se delimita a fronteira entre quem está são e quem está doente. Nessa medida é um saber que pode exercer um poder e um controle político sobre as pessoas. Por exemplo, se amanhã os psiquiatras começam a dizer que quem pensa que através das armas pode tomar o poder é louco, então começam a meter no manicômio gente que antes não era considerada louca. É isso que eu penso.

Como reflete Omar, é claro que as doenças não existem por si próprias, não são fenômenos naturais. A sociedade prescreve o que é normal e os sintomas associados a uma anormalidade precipitam da própria cultura. Então as chamadas enfermidades mentais estão inscritas no interior de representações coletivas e se transformam ao longo do tempo, como explica Foucault em seu livro *História da Loucura* (1972), em que mostra que é a partir do estabelecimento da racionalidade científica cartesiana no século XVIII que os estados não-pautados pela razão são despojados de qualquer positividade e passam a ser rechaçados através de medidas de isolamento. O caos existencial torna-se enfermo sob os critérios universalizantes da administração racional do mundo e o saber psiquiátrico é construído sendo direcionado para quitar estados de consciência desconformes com essa perspectiva, recusando qualquer variação ontológica. Me parece imprescindível um trabalho reflexivo sobre as noções de saúde e doença pautadas por esses critérios para que as pessoas que concebem a realidade de uma maneira distinta tenham a possibilidade de fluir saudavelmente enquanto si mesmas ou para que, em casos em que se requeira algum tipo de amparo, possam ser geradas possibilidades melhores de atenção e inclusão dessas pessoas. Nesse sentido é fecunda a reflexão de Omar de que formas diversas de organizar a realidade não se traduzem necessariamente em uma patologia, ainda menos se têm repercussões positivas nas vidas dos sujeitos. Nelson, por exemplo, avalia que a esquizofrenia foi algo bom em sua vida:

Eu não compartilho do termo “enfermidade”. A esquizofrenia é algo que hoje eu não considero que seja uma enfermidade. Acredito que a esquizofrenia mudou minha vida para bem. Tomei a decisão de assumir o sofrimento que ela traz também. [...] Uma vez escutei algo muito bonito: “la locura lo cura todo”. Para que haja ordem deve haver caos. A “loucura”, como chamam, é na verdade uma maneira de definir

e tratar pejorativamente outra realidade. No entanto, como não há uma boa intervenção, as pessoas estão sofrendo, como eu sofri, por exemplo. Porque não há uma maneira para que possamos entender melhor. [...] Hoje eu sigo escutando as vozes, mas já é diferente, já o vejo desde outra ótica, já não soffro. Sofro por outras coisas, mas não pela esquizofrenia. Há de se viver o sofrimento para entendê-lo, há de se viver o caos para chegar ao equilíbrio.

Desde a perspectiva biomédica, o fato de Nelson ainda escutar vozes seguramente atestaria que ele segue doente. No entanto, para ele a esquizofrenia sequer é uma doença. E não somente isso, ele considera ainda que ela foi o estímulo para uma transformação benéfica em sua vida, mesmo com o sofrimento atrelado a ela. Em vista disso, é válido pensar que se matizamos as possibilidades do que é considerado um vínculo saudável com a realidade, é possível identificar potenciais positivos nesses modos diferentes de interação com o mundo ou, pelo menos, elaborar formas de assistência mais sensíveis, que levem em conta a realidade subjetiva dessas pessoas e que de fato ajudem a amenizar o sofrimento pelo qual passam. Uma fala breve de Manuelito lança luz sobre uma maneira mais ampla de pensar os efeitos que um estado de crise pode ter na vida de uma pessoa:

A crise é uma oportunidade para poder sanar a pessoa, então a ideia é também aceitar esses estados que estão aqui postos para algo. Eles acontecem com a finalidade de despertar a pessoa.

Aqui a crise não está desconectada da vivência da pessoa, não é um evento casual nem tampouco antinatural. Ela é ao mesmo tempo aviso e chamado: sinaliza o prejudicial e convida ao benéfico; apresenta uma oportunidade de melhora para indivíduo. Se os estados de desordem mental são entendidos como processos importantes para a auto-percepção e revigoramento psíquico, o sofrimento causado por eles não tem apenas consequências negativas, mas tem também uma finalidade. Aqui é válido realizar um contraste com a perspectiva analisada no início do capítulo a partir do texto de Rodrigues e Caroso (1998). Os autores afirmam que quando é possível curar-se de uma doença, o sofrimento causado por ela é também positivo, pois a cura aparece como antítese à doença e o sofrimento passa a ser a experiência que possibilita o fortalecimento, gerando antinomias como “vulnerabilidade” e “determinação”, “medo” e “coragem”, entre outras (Rodrigues e Caroso, 1998). No entanto, há também de se observar que a proposta de que é o horizonte da cura que valida o sofrer é justamente o tipo de perspectiva que eterniza o sofrimento em casos de condições para as quais não há cura, como era dito ser o caso

de Nelson, por exemplo. Como ele se emanciparia do sofrimento se nunca haveria cura? A perspectiva dele é bastante distinta e coincide com a colocação de Manuelito: foi a própria loucura que o curou, porque o despertou. Ele entrou em caos precisamente para poder se reorganizar, sofreu justamente para poder se sanar. Então não se fortaleceu por causa de uma “cura”, mas por explorar a potência que o sofrimento guarda enquanto experiência. E não foi a perspectiva de “cura-se” que o fez deixar de sofrer, mas a manutenção de uma relação positiva com o sofrimento que o fez se desenvolver e se revigorar a partir dele. Ademais, se ele mesmo não considera que se trate de uma *doença*, tampouco se trata de *cura*, como ele me disse quando o perguntei se ele se sentia curado:

Eu penso que fui liberado. Despertei para esta realidade de uma maneira em que hoje me sinto tranquilo, consciente e conectado com as todas as coisas, conectado comigo, com a vida, conectado com o universo. Eu saí sem buscar nada, sem sentir a necessidade de me transformar, e pum, tome essa esquizofrenia. Então para mim foi assim, por isso agora acredito que foi mais uma benção que um castigo. [...] Não é que a esquizofrenia seja algo para defender-se ou fugir da realidade, é uma maneira de tornar-se consciente de uma revolução interna. É uma revolução interna. O que acontece é que a maioria não sabe e acaba com muitos conflitos. Mas penso que não há nada a ser curado. Penso que o único que devemos fazer é compreender como podemos ajudar as pessoas que pensam diferente a caminhar.

Então aqui a oposição não é entre doença e cura, mas entre os conflitos causados por um estado e uma espécie de liberação desse estado. Nelson fala que “há de se viver o sofrimento para entendê-lo, há de se viver o caos para chegar ao equilíbrio”, então não há de se interromper os momentos de crise, mas sim vivê-los; somente assim a experiência do sofrimento se torna um signo de potência, pois a crise se torna uma oportunidade de transformação. A questão problemática deixa de ser o caos em si para passar a ser a maneira como ajudar as pessoas que passam por esses estados a vivenciarem seus processos de uma maneira que possa acarretar transformações benéficas para elas.

A perspectiva de Omar é um pouco distinta da de Nelson, pois ele me comentou que se sentia curado da esquizofrenia. Não obstante, as perspectivas deles se cruzam, porque Omar também disse que já não vê a esquizofrenia como uma doença. E quando lhe perguntei o que foi que lhe curou, sua resposta foi incisiva:

O que me sanou foi o yagé e o trabalho dos bruxos. E o que me curou verdadeiramente do que eu tinha foi ver a maneira como aprendiam os xamãs, vendo que para eles isso também era uma virtude. A minha atitude como que mudou depois disso, adquiri uma força que não tinha antes mediante o exemplo dos xamãs. Tudo o que antes me fazia chorar já não me faz chorar, porque agora eu o vejo de outra maneira, não o vejo mais como algo mórbido, como uma doença, senão como algo que verdadeiramente existe e que tem seu valor também. Mas houve uma época em que eu tinha outra atitude diante disso. Talvez eu tivesse tanto medo de ficar louco porque não atribuía nenhum valor a esse tipo de experiências, pensava que era uma enfermidade e só. A cura foi por abraçar aquela situação ao invés de tentar repeli-la. Eu acredito que o que me deixava doente era esse “não, não, não quero olhar, não quero ir para lá”. Era isso o que me dava medo também, me sentir arrastado a esse desconhecido que eu não podia controlar. E isso se foi. Eu acho que neste momento da minha vida eu não poderia ficar louco, porque o que me deixava louco era esse rechaço.

Omar acolheu a perspectiva dos *taitas* de Putumayo de que os estados não-ordinários de consciência podem ser valorosos e, assim, acolheu também ao seu desconhecido íntimo, a esquizofrenia. Como ele diz, foi ao abraçar sua situação que ele pôde agregar valor a ela e superá-la, e o que lhe possibilitou isso foi a convivência com os xamãs e a adoção de uma perspectiva em que sua experiência era algo que podia ser explorado, não somente suprimido. De maneira semelhante a Nelson, Omar se fortaleceu por começar a manter com o medo uma relação positiva, em que ele podia aprender e se desenvolver a partir dele. Ao invés de rechaçar o desconhecido começou a explorá-lo e, assim, não somente se reconciliou com o medo que sentia, mas o transformou em potência.

Tanto no caso de Omar como no de Nelson, a solução para superar aquele estado que lhes trazia medo e sofrimento foi encarar sua própria condição, abraçá-la, e assim transformá-la. O contexto que eles encontraram para isso foi o *yagecero*, em que puderam mergulhar em seus processos e construir suas próprias perspectivas sobre eles com sensibilidade e autonomia, gerando aprendizagens através da interação com o *remédio*, sanando-se com os *taitas*, libertando-se do ego, se conscientizando e fazendo mudanças, enfim, expondo-se às suas próprias maneiras de experimentar o mundo.

ESQUIZOFRENIA E PSIQUIATRIA

No campo da saúde mental existem muitas interpretações e abordagens para os transtornos esquizofrênicos. O professor de psicologia David S. Holmes aponta em seu livro *Psicologia dos Transtornos Mentais* (2001) as principais explicações existentes para a condição. Ele aponta que desde as abordagens psicodinâmicas, que são as que levam em consideração os constructos do inconsciente – como a psicanálise e a análise junguiana –, a esquizofrenia seria desencadeada por processos mentais inconscientes, como a regressão (a um estágio anterior do desenvolvimento), o estresse, a influência familiar e padrões de comunicação. As explicações desde a psicologia da aprendizagem avaliam a esquizofrenia enquanto um comportamento aprendido através de gratificações e papéis sociais, por exemplo. Já as explicações oriundas do ramo da psicologia cognitiva propõem que as pessoas com esquizofrenia de fato têm experiências sensoriais diferentes das dos indivíduos considerados normais, sofrendo de uma sobrecarga de estímulos que interferem no funcionamento cognitivo delas. As explicações humanístico-existenciais sugerem que as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia não têm um transtorno, mas são indivíduos que rompem com o molde social e retiram-se para dentro de si mesmos em uma tentativa de descoberta do eu real. Por fim, o autor menciona as explicações fisiológicas, que são as adotadas pela psiquiatria tradicional, que buscam explicar o conjunto de sintomas observados em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia a partir de fatores genéticos e traumas biológicos que causariam problemas na atividade neurológica e na estrutura cerebral. Holmes (2001) também explica que existem diversas modalidades de tratamento para os transtornos esquizofrênicos, como a ambientoterapia (que inclui a terapia ocupacional, terapia recreacional, arteterapia, etc.), a psicoterapia, a terapia familiar, a terapia de gratificações e punições e a terapia com drogas, intervenção que só pode ser acionada por psiquiatras.

No livro *Psicologias* (2002), escrito pelos doutores em psicologia social Ana Bock e Odair Furtado e pela psicanalista Aria Teixeira, define-se que a psicologia e a psiquiatria se diferenciam por serem áreas do saber fundadas em campos de preocupações distintas. Enquanto a primeira “tem seu objeto de estudo marcado pela busca da compreensão do funcionamento da consciência” (Bock et al, 2002, p. 154) a segunda “desenvolveu uma sistematização do conhecimento e, mais precisamente, dos aspectos e do funcionamento psicológicos que se desviam de uma normalidade, sendo entendidos e significados socialmente como patológicos, como doenças” (Bock et al, 2002, p. 154). E como já foi

mencionado, a psiquiatria também se diferencia de diversas abordagens oriundas da psicologia por privilegiar as explicações fisiológicas e a terapia com drogas para tratar dessas condições psicológicas consideradas doenças.

Neste segundo capítulo me concentro na perspectiva sobre a esquizofrenia construída através da psiquiatria a fim de confrontá-la com as perspectivas de Nelson e Omar sobre seus processos. Tomo por base quatro parâmetros que definem a esquizofrenia enquanto doença nesse discurso: o diagnóstico, o prognóstico, a etiologia e o tratamento. Também estão mescladas aqui falas deles nas quais eles relatam suas experiências no meio clínico, expõem como se sentiam com relação ao tratamento psiquiátrico convencional e como se sentem atualmente com relação a essa leitura patologizante da condição esquizofrênica. Ao final do capítulo, resgato aspectos importantes das trajetórias deles para pensar distintas possibilidades de atenção para as pessoas que passam por esse processo.

Diagnóstico

É bastante difícil encontrar uma definição formal da esquizofrenia. Sendo assim, decidi por adotar a interpretação da maior referência para os profissionais da área da psiquiatria atualmente, que é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), cuja edição mais recente é o DSM-5, publicado em 2013. No DSM-5 (2013) a esquizofrenia está inserida em uma seção intitulada “O Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”. Basicamente, todos esses transtornos “são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (DSM-5, 2013, p. 87). Portanto, essas são as características essenciais que definem qualquer transtorno psicótico segundo o manual. No capítulo se encontram as categorias de transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico induzido por substância, transtorno psicótico devido a outra condição médica e, é claro, a esquizofrenia. Quase não há variação entre estas classificações, que diferem minimamente pela quantidade de sintomas a serem identificados (pelo menos um para alguns transtornos ou pelo menos dois para outros) e pelo período de tempo em que estes

sintomas estão presentes. Portanto, tratam-se de definições bastante genéricas e imprecisas baseadas nas descrições dos sintomas e no curso dos transtornos. Especificamente com relação à categoria “esquizofrenia”, no DSM-5 (2013) se descreve que os sintomas esquizofrênicos são divididos em duas amplas categorias: os *sintomas positivos*, que se referem ao desenvolvimento de funções consideradas anormais (delírios, alucinações, fala desorganizada e comportamento catatônico), e os *sintomas negativos*, que envolvem a redução ou perda das funções consideradas normais (falta de disposição para algumas atividades da vida cotidiana, diminuição da expressão emocional, dificuldade de interação social, etc.). Portanto, “os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomônico do transtorno” (DSM-5, 2013, p. 100), ou seja, nenhum sintoma é específico dela. O principal critério diagnóstico é o de que dois (ou mais) sintomas, pelo menos um deles positivo, estejam presentes por uma quantidade significativa de tempo durante o período de um mês.

Prognóstico

A prevalência da esquizofrenia é de cerca de 1% a nível global e ela incorpora a lista das dez maiores causas mundiais de incapacidade a longo-prazo (Cordeiro, 2015). Segundo o DSM-5,

O curso parece favorável em cerca de 20% das pessoas com esquizofrenia, e um número pequeno de indivíduos é referido como tendo obtido recuperação completa. A maioria dos indivíduos com esquizofrenia, entretanto, ainda necessita de apoio formal ou informal na vida cotidiana. Muitos permanecem cronicamente doentes, com exacerbações e remissões de sintomas da fase ativa, ao passo que outros têm um curso com deterioração progressiva. (DSM-5, 2013, p. 102).

O prognóstico mais comum para uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia é, portanto, de que ela provavelmente nunca se recuperará totalmente e precisará de tratamento ao longo de toda a sua vida, como foi o caso de Nelson:

Ao entrar nas instituições psiquiátricas em que estive me disseram que algo estava passando mal em minha vida, em meu pensar, que eu tinha, digamos... que vivia minha realidade, que não estava nem aqui nem estava em nenhum lado, então que devia ser tratado com medicações muito potentes. Já fazem 17 anos, eu tenho 39 anos,

na época tinha 23, e o primeiro que disseram a meus pais foi que eu já não ia poder exercer absolutamente nada, que era inválido para a sociedade e que o único que podiam fazer era me pôr em um tratamento para a vida inteira, tomar muitos medicamentos e que essa ia ser a solução.

O médico e especialista em pesquisa clínica Peter Gotzsche (2013), que há décadas investiga a efetividade de tratamentos psiquiátricos, afirma que esse tipo de prognóstico como o que foi dado a Nelson é muito comum quando se tratam de transtornos mentais – que após o diagnóstico digam aos pacientes que eles precisarão tomar certos remédios para o resto de suas vidas. Um dos diversos problemas desse tipo de prescrição é que tais diagnósticos às vezes são dados de maneira apressurada, como também comenta o pesquisador quando diz que a psiquiatria parece ter desenvolvido um sistema simplista de *checklist* que permite que os pacientes sejam diagnosticados em consultas de 15 minutos. Para entender o porquê deste tipo de orientação médica, é necessário que conheçamos a etiologia da esquizofrenia, isto é, as teorias sobre as causas do transtorno esquizofrênico segundo a psiquiatria.

Etiologia

Como afirma a psiquiatra Ana Beatriz Cordeiro, “em termos etiológicos, hoje em dia não existe um modelo completamente explicativo para a esquizofrenia” (Cordeiro, 2015, p. 13). Segundo a médica, o modelo explicativo mais aceito para explicar as causas da esquizofrenia assume a existência de uma anomalia genética que geraria o transtorno. De fato, foi demonstrado um componente genético para a condição, porém a taxa de concordância entre gêmeos idênticos é de apenas 50%, logo, não é suficiente para a comprovação de influência genética, já que há doenças com agregação na família que ocorrem devido a que os familiares tenham tido a mesma exposição ambiental (Cordeiro, 2015). Mesmo através de outros tipos de investigação genética mais elaborados (como estudos de ligação e estudos de associação), ainda não foi possível identificar os genes responsáveis pela esquizofrenia, como afirmam os psiquiatras Homero Vallada e Helena Samaia ao descrever os aspectos genéticos da esquizofrenia (2000). Se torna um processo ainda mais intrincado verificar a questão da hereditariedade dado que “a maioria dos indivíduos com diagnóstico do transtorno não tem história familiar de psicose” (DSM-5, 2013, p. 103).

De acordo com os neurologistas David Standaert e Ryan Walsh (2014), que estudam a fisiopatologia da esquizofrenia, além dos componentes genéticos existiriam os fatores de risco ambientais, que são divididos em biológicos e sociais (Standaert e Walsh, 2014). Com relação aos fatores biológicos, os autores ressaltam que parecem influenciar a emergência da esquizofrenia a idade dos progenitores, a estação do ano de nascimento, complicações no período perinatal e alguns vírus que demonstram maior prevalência em pessoas com esquizofrenia. Quanto aos fatores de risco sociais, a influência se daria por adversidades durante a infância, como a perda de um dos progenitores ou a sua separação, abuso sexual, bullying, etc., e adversidades na vida adulta, como eventos de vida estressantes, isolamento social, abuso de drogas estimulantes ou canabinoides, entre outros.

Cordeiro (2015) explica que não está demonstrada uma relação direta desses fatores com o aparecimento do transtorno. O que se supõe é que eles atuem numa base de vulnerabilidade genética aumentando o risco de desenvolvimento da esquizofrenia por provocarem uma desregulização das vias dopaminérgicas – que seria a principal desencadeante dos sintomas positivos da esquizofrenia. Chegamos então ao modelo mais comumente citado para explicar a etiologia da esquizofrenia: a hipótese da dopamina. Segundo a teoria dopaminérgica, o transtorno esquizofrênico seria causado por níveis elevados ou desregulados da neurotransmissão de dopamina no cérebro (Standaert e Walsh, 2014). Essa hipótese surgiu em 1955, iniciando a era moderna da psiquiatria, quando o fármaco *clorpromazina*, comparado na época a uma lobotomia química, foi introduzido no tratamento de psicoses (Whitaker, 2005). Esses antipsicóticos eram vendidos nos EUA como Thorazine e no Brasil como Amplictil.

O jornalista estado-unidense Robert Whitaker (2005) explica que, uma vez que o efeito do Thorazine e de outros antipsicóticos na atividade cerebral é bloquear a atividade dopaminérgica e quando pessoas diagnosticadas com esquizofrenia tomam esse tipo de medicamento seus sintomas positivos diminuem, os pesquisadores surgiram com a hipótese de que a esquizofrenia seria causada pelo excesso desse neurotransmissor. Então, como confirmam Standaert e Walsh (2014), a teoria dopaminérgica surgiu da observação de que o tratamento com antagonistas dos receptores de dopamina, especificamente antagonistas do receptor D2, alivia alguns sintomas positivos da esquizofrenia. Assim surgiu a noção de que as drogas psiquiátricas trabalham corrigindo um desequilíbrio químico no cérebro, hipótese ainda vigente hoje, como afirma Omar.

O que eu vejo neste momento da história da psiquiatria é que estão pensando que as desordens mentais têm a ver com alterações químicas do cérebro, que têm a ver com a estrutura neurológica, pensam alguns, então a solução que eles têm é sempre física e não mental. E eu penso que as condições mentais, embora possam ter uma correlação com estados químicos e biológicos do cérebro, podem ter origem meramente psíquica. Isso nós podemos ver nesses tipos de transtornos que a psicanálise chama de neurose. São transtornos que não têm origem devido a uma deficiência na quantidade de neurotransmissores nem nada disso, senão que a origem é um trauma. Às vezes o que desencadeia esse tipo de atividades mentais são problemáticas desse tipo – sociais, mentais – que não tem a ver com os químicos que você tem na cabeça ou no sangue. E a visão dos psiquiatras é assim: "os problemas são os químicos, é o cérebro". É por isso que eles sempre prescrevem medicamentos.

A teoria dopaminérgica é, no entanto, bastante controversa. Primeiramente, como explicam os psiquiatras Ary Neto, Rodrigo Bressan e Geraldo Filho, os dois primeiros membros do Programa de Esquizofrenia da Unifesp (Proesq), essa teoria é falha em explicar algumas questões básicas, como por exemplo o porquê de os sintomas geralmente se manifestarem somente na adolescência e no começo da vida adulta e o motivo de os antipsicóticos não serem igualmente eficazes sobre os sintomas negativos (Neto et al, 2007). Além disso, nunca foi comprovado que pessoas diagnosticadas com esquizofrenia tenham sistemas dopaminérgicos hiperativos, apenas se sabe que ao bloquear os receptores de dopamina há uma baixa significativa dos sintomas positivos da esquizofrenia (Whitaker, 2005). Mesmo na descrição do DSM-5 se reconhece que “atualmente não há exames laboratoriais, radiológicos ou testes psicométricos para o transtorno [esquizofrênico]” (DSM-5, 2013, p. 101). Ainda, de acordo com Cordeiro, “todas as alterações cerebrais encontradas em indivíduos esquizofrênicos podem ser encontradas noutras doenças e, ocasionalmente, em indivíduos normais, não existindo nenhuma que constitua um sinal patognomônico da esquizofrenia” (Cordeiro, 2015, p. 17). Gotzsche (2013) afirma inclusive que, apesar de toda a investigação clínica sobre o assunto, nunca foi comprovado que qualquer condição psiquiátrica seja causada por uma deficiência bioquímica e não há nenhum exame que possa atestar que alguém tem um transtorno psiquiátrico. A hipótese do desequilíbrio químico parece, então, digna de pouca credibilidade e, como bem concluem os psicólogos Stanislav e Christina Grof,

Diante da ausência de um claro consenso sobre as causas das psicoses, seria mais adequado e honesto reconhecer nossa completa ignorância quanto à sua origem e sua natureza, e só usar o termo doença para as condições passíveis de ter descoberta uma base física específica (Grof e Grof, 1992, p. 19).

Nesse sentido, dado que podemos questionar a objetividade e a neutralidade do modelo psiquiátrico, ele “torna-se também um sistema cultural passível de análise antropológica como outros sistemas de saúde encontrados nas diversas culturas” (Langdon, 2014, p. 1022), sendo sempre resultado do contexto em que se desenvolve.

A ideia de uma alteração biológica como agente causador da esquizofrenia é tão antiga quanto a sua definição. Kraepelin, o primeiro psiquiatra a defender que os transtornos mentais seriam causados principalmente por desordens genéticas e biológicas no início do século XX, classificou a esquizofrenia como “demência precoce” dentro do grupo das demências endógenas (Neto et al, 2007). O conceito de endogeneidade era fundamental para o sistema krapeliniano porque centrava na própria constituição do indivíduo a origem e o desenvolvimento dos transtornos psíquicos. Esse é o raciocínio utilizado até os dias de hoje para o diagnóstico de várias condições psiquiátricas, fazendo com que se relevem as circunstâncias familiares e sociais nas quais elas se dão. No entanto, atualmente há psiquiatras e psicólogos que recuperam a importância da trajetória de vida do indivíduo para o entendimento das desordens psíquicas, como é o caso do psicoterapeuta Bertram Karon, que trabalha com esquizofrênicos desde a década de 50. Em uma entrevista concedida para um documentário sobre esquizofrenia chamado *Pegue Essas Asas Partidas* (2008), Karon ressalta essa questão:

Eu nunca conheci um esquizofrênico cuja vida não teria me levado à loucura se fosse a minha. Não a vida deles como está no registro do hospital, por pessoas que não querem ouvir como realmente foi, mas a vida do jeito que eles a viveram. Não há dúvida de que eu estaria tão adoecido quanto este paciente está. De fato, eu nunca trabalhei com um esquizofrênico sem que eu tivesse saído de algumas sessões com o sentimento de “meus Deus, um ser humano viveu desse jeito”. (*Pegue Essas Asas Partidas*, 2008, 3:49).

Por exemplo, a impressão de Nelson sobre como começou a esquizofrenia para ele, com a carreira na polícia, vivendo muitos processos de violência e de morte, evidencia a relação do meio em que ele estava com o despontar da condição. Paradoxalmente, a esquizofrenia de Nelson aparece como uma forma de transtorno que é também uma expressão de sanidade, afinal sentir-se perturbado é uma resposta normal e saudável ao

ser submetido a uma situação que, para pessoa, seja insustentável. Valendo-me de uma analogia (cuja fonte já não consigo encontrar), quando se põe muita pressão em um osso e o osso quebra, não se diz que o osso é patológico. Me parece que o mesmo tipo de raciocínio poderia ser aplicado a uma situação de crise psíquica; situações extremas eventualmente gerarão respostas psíquicas extremas, e isso não deveria ser classificado como *anormal*.

A demarcação entre normalidade e anormalidade é bastante flutuante e gera profundas discussões conceituais. No terreno da saúde essa discussão tem especial relevância, pois demarca também a diferença entre o saudável e o patológico. O livro "O Normal e o Patológico" (2009) de Georges Canguilhem, médico que se preocupou em levar a reflexão filosófica às ciências da saúde, é referência importante com relação a essa discussão no âmbito das ciências médicas. Canguilhem (2009) questiona a ideia de que uma doença seja uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico, como se o patológico fosse apenas uma variação quantitativa do normal – como é o caso de anunciar, por exemplo, que a condição esquizofrênica se daria por causa do excesso de alguns neurotransmissores. O médico filósofo afirma que uma patologia não pode ser definida sem levar em conta a cultura e o processo de vida do sujeito considerado doente, e dado que existem infinitas possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida, estabelecer uma norma para declarar a existência de saúde ou de doença apenas transforma estes conceitos em tipos ideais e faz da intervenção no patológico somente uma tentativa de restaurar o organismo segundo normas previamente estabelecidas pela cultura. Assim, o autor defende que a normalidade é algo cultural e individual e que o patológico não existe em si mesmo, mas apenas pode ser concebido numa relação, sendo impossível julgá-lo apenas através da vida fisiológica. Ao centrar na fisiologia do indivíduo as causas de uma patologia, são ignoradas todas as relações que mediam aquela categorização e todas as circunstâncias nas quais o estado considerado patológico surge.

Voltando aos fatores de risco sociais apontados a pouco, a comunidade psiquiátrica reconhece que “a incidência de esquizofrenia e transtornos relacionados é mais alta em pessoas que crescem em ambiente urbano” (DSM-5, 2013, p. 103). O risco de desenvolver a esquizofrenia é de 2 a 4 vezes maior para residentes urbanos que para habitantes de zonas rurais (Cordeiro, 2015). Se a urbanidade é um fator social com impacto no desenrolar da esquizofrenia, fatalmente também o é o modo de vida ocidental. Em uma seção de sua tese *Aspetos Culturais no Diagnóstico da Esquizofrenia* (2015),

Cordeiro realiza um apanhado de estudos de diversos psiquiatras que tratam da questão da urbanidade e da ocidentalização no diagnóstico e desenvolvimento da esquizofrenia. A psiquiatra cita, por exemplo, o trabalho de Murphy, “que realizou um estudo de revisão de dados antropológicos da Irlanda e da Áustria que lhe permitiu defender que situações de exigência pessoal despropositadamente complexas dessas sociedades seriam as responsáveis por elevados índices de esquizofrenia” (Cordeiro, 2015, p. 29). Também se encontra nessa seção a perspectiva de Cooper, que propõe que a esquizofrenia se trata de uma reação não adaptativa ao stress – que começaria por causa de situações de crise micro-sociais, na família, e se estenderia a dimensões macro-sociais. Está ainda a interpretação de Laing, de que a esquizofrenia seria uma luta existencial pela liberdade pessoal, ideia que se aproxima a uma perspectiva trazida por Omar:

Eu acredito que mais ainda do que com a vida urbana, as desordens mentais estão relacionadas com essa época. É uma época que está produzindo uma epidemia de esquizofrenias e transtornos mentais. E você vê, isso se nota. Bom, pelo menos eu no meu papel como médico, vejo muitas pessoas chegarem assim, cada vez mais chega. E há estatísticas, neste momento eu não tenho os números em mente, mas eles dizem que neste período há uma epidemia de transtornos mentais em geral. Há um filósofo chamado Gilles Deleuze que escreveu um livro com um psiquiatra chamado Felix Guattari. Eles disseram que o capitalismo é uma formação econômica, uma estrutura social que produz a esquizofrenia. Eles pensam na esquizofrenia como um processo de libertação que fracassa. Então, quando um processo de libertação falha, um ser humano se converte nessa entidade clínica que chamam de “esquizofrênico”. Embora seus trabalhos provavelmente tenham muitas coisas que, por exemplo, a fenomenologia psiquiátrica não compartilha, eu acredito que há uma relação entre o capitalismo e a epidemia de transtornos mentais que existem no mundo neste momento.

A leitura de Omar e dos últimos autores citados sobre a esquizofrenia ressalta as circunstâncias nas quais ela surge. Ainda, as perspectivas apresentadas por Carneiro na seção mencionada a pouco também incluem críticas com relação à definição da categoria “esquizofrenia”. Por exemplo, o doutor em jurisdição Lawrence Stevens, autor do livro “*Schizophrenia, a Non Existence Disease*”, analisou várias definições de esquizofrenia fornecidas por psiquiatras e concluiu que não há um consenso em relação ao termo, sendo um conceito extremamente inespecífico que abrange quase tudo o que uma pessoa possa

fazer, pensar ou sentir que seja do desagrado de outras pessoas ou dela mesma. Cordeiro (2015) mostra que a interpretação de Stevens é a de que o diagnóstico de esquizofrenia é apenas uma reflexão que o médico faz acerca dos comportamentos e pensamentos do indivíduo e da forma como esses deveriam ser, de acordo com o seu ponto de vista, mas assumindo que esses comportamentos e pensamentos tem por base uma disfunção biológica. Na opinião de Omar, essa inconsistência sobre o que seria a esquizofrenia é algo que impede que os psiquiatras possam ajudar os pacientes esquizofrênicos.

Eu conheço casos em que os psiquiatras puderam ajudar as pessoas, mas a verdade é que a psiquiatria não me ajudou. Falar da psiquiatria em geral é um pouco abstrato, mas eu penso que, na realidade, a psiquiatria contemporânea não pode ajudar um esquizofrênico, porque eles não sabem bem o que é a esquizofrenia. Além disso, a esquizofrenia é uma pluralidade de coisas que são muito diversas. O que se classifica sob o conceito de esquizofrenia não é uma determinada unidade clínica, mas um conjunto de questões que são muito diversas. Por isso eu acho que, na verdade, a psiquiatria não pode ajudar os esquizofrênicos. Talvez ajudem pessoas com outros tipos de transtornos mentais, mas não os esquizofrênicos.

Tratamento

Infelizmente, as consequências dessa imprecisão teórica por parte dos psiquiatras não se resumem em uma inabilidade em ajudar, mas de fato prejudicam o paciente. Com relação a esse tema, são muito interessantes os dados que Robert Whitaker (2005), jornalista que investiga a medicalização em tratamentos psiquiátricos, apresenta sobre a incidência de condições psiquiátricas na população estado-unidense desde a segunda metade do século passado. O jornalista aponta no artigo “*Anatomy of an Epidemic*” que em 1955 havia o registro de 559 mil pessoas incapacitadas por distúrbio mental no país, uma média de 3,38 pessoas a cada mil. Esse foi o ano em que o narcoléptico Thorazine foi introduzido no mercado e, desde então, se fizeram notáveis duas alterações nas estatísticas em saúde mental: por um lado, o número de pacientes internados em hospitais começou a reduzir gradualmente e, por outro, a porcentagem de estado-unidenses incapacitados por distúrbios mentais começou a subir e, com relação ao ano de 2003, aumentou quase seis vezes – 19.69 pessoas a cada mil. Na década de 80 outro ano marca uma diferença acentuada nos dados. Desde 1987 (até 2003) o número de pessoas

desabilitadas dobrou, o que mostra um crescimento desproporcional quando comparado ao dos anos anteriores. Esse foi o ano em que o antidepressivo Prozac chegou ao mercado e, desde então, o dinheiro movimentado com a venda de antipsicóticos e antidepressivos cresceu por volta de 40 vezes – de aproximadamente \$500 milhões em 1986 para quase \$20 bilhões em 2003. Diante desses dados, Whitaker questiona a eficácia e a salubridade de nosso paradigma de cuidado mental baseado em drogas, dado que é quase inevitável fazer a associação entre o crescimento do número de pessoas que sofrem com condições psíquicas graves e o aumento do uso das drogas psiquiátricas nas últimas décadas.

Segundo a doutora médica Ann-Louise Silver (Pegue Essas Asas Partidas, 2008) o que acontece no paradigma psiquiátrico atual é que a palavra *tratar* passou a significar *medicar*, então os psiquiatras não são treinados para fazer psicoterapia, mas aprendem a tratar indivíduos diagnosticados com psicoses e outros transtornos apenas com medicamentos. Gotzsche (2013) também afirma que a psiquiatria substituiu o cuidado com o paciente pelas pílulas, como evidencia a estatística mencionada no último parágrafo – de que desde a introdução dos narcolépticos para tratamento psiquiátrico a partir da década de 50, o número de pacientes em hospitais começou a reduzir progressivamente. Em primeiro lugar, como foi brevemente discutido no primeiro capítulo, é preciso frisar que os efeitos dessas medicações podem ser extremamente desagradáveis para os pacientes, pois podem gerar apatia, oscilações de humor, tendência ao isolamento social, dentre várias outras tribulações, como mostra esta fala de Nelson, em que ele conta um pouco sobre como se sentia com a medicação.

Os medicamentos me produziam muita ansiedade, por exemplo. Não me tiravam a ansiedade, mas pelo contrário, me davam mais ansiedade. Então foi uma luta também com a medicação, porque eu tinha que tomar 10, 15 pastilhas por dia. É como anular uma energia humana, eu me sentia completamente anulado.

Não causa estranheza um depoimento como o de Nelson, pois é conhecido o fato de que os medicamentos psiquiátricos têm efeitos adversos. Esses efeitos colaterais que surgem, especificamente com o uso contínuo de antipsicóticos, são chamados *sintomas extrapiramidais* e resultam do bloqueio dos receptores de dopamina no cérebro (Standaert e Walsh, 2014). Segundo a descrição médica, os sintomas extrapiramidais mais frequentes incluem: dificuldade para se manter calmo, alteração dos padrões de sono, dificuldade de concentração, tremores e espasmos musculares frequentes, dificuldade para engolir, movimentos involuntários do rosto, andar arrastado, entre outros (Aires,

2018). Esse tipo de caracterização dos efeitos evidencia uma medicina preocupada com o aspecto exterior do transtorno; descreve somente as implicações negativas que podem ser notadas por um observador, tratando o paciente como um objeto de estudo, sem considerar o quanto os medicamentos podem ser nocivos e prejudiciais também pela repercussão que têm na psique da pessoa. Embora a base biológica da esquizofrenia permaneça controvertida, segue-se “tratando” os pacientes com medicações que causam efeitos muito negativos como os citados, simplesmente porque as pessoas passam a exteriorizar menos sintomas, apesar de claramente manifestarem outros tipos de mal-estar também graves. Segundo Karon (Pegue Essas Asas Partidas, 2008), o psicoterapeuta mencionado a pouco, é por causa desse tipo de tratamento, voltado para uma correção dos sintomas e não para uma recuperação integral do paciente, que a maioria dos profissionais de saúde mental nunca viu uma pessoa seriamente abalada melhorar.

Em segundo lugar, além dos efeitos adversos, muitos estudos sobre o progresso de pacientes esquizofrênicos mostram que o uso dos medicamentos é prejudicial a longo-prazo. Whitaker (2005) analisa diversas pesquisas conduzidas por psiquiatras que compararam o curso da esquizofrenia de acordo com a dosagem de medicação que os pacientes tomam e mostra que, juntos, esses estudos apontam que o uso continuado de antipsicóticos dificulta a recuperação e colabora para um aumento da probabilidade de que as pessoas se tornem pacientes crônicos. Vários estudos da década de 90, por exemplo, mostram que as drogas psiquiátricas causam alterações estruturais no cérebro que estão associadas com uma piora dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia a longo-prazo (Whitaker, 2005). Ainda, estudos sobre as consequências do abandono da medicação indicam que a probabilidade de recaída – ou seja, de voltar a ter episódios psicóticos após receber tratamento – é diretamente relacionada com a dose da medicação. Um dos estudos apresentados por Whitaker (2005) mostra que as taxas de recaída eram de 7% para pacientes tratados com placebo, 23% para os que era tratados com menos de 300 miligramas de clorpromazina, 54% para os que recebiam de 300 a 500 miligramas e de 65% para pacientes que tomavam mais de 500 miligramas. Portanto, quanto maior a dosagem do antipsicótico, maior a chance de recaída. Nelson também fala sobre essa relação de dependência que as pessoas passam a ter com a medicação, além do sofrimento gerado com o uso dela.

Para certos pacientes às vezes é difícil abandonar determinados tratamentos. Essa situação que aconteceu comigo não funciona para todos. Muitos pacientes precisam,

precisam porque não atingiram a consciência, mas precisam seguir tomando a medicação. Mas a psiquiatria, a medicina, tem que chegar a um ponto de levar o paciente a ter uma vida normal sem depender de nenhum medicamento, porque isso no fundo é um placebo. Mas um placebo que, digamos... é como um veneno que te mata, mas que te mata de pouco a pouco. Mata à prazo. Tira a sua ansiedade, tira uma quantidade de coisas, te adormece, é uma anestesia. Mas você sabe que vai te matar a longo prazo. Não estou falando da morte física. Como eu disse no começo, quando se depende da medicação, é como estar sem alma. Ou seja, você é um corpo andando, mas sem alma. E eu acredito que isso é pior do que estar fisicamente morto, porque é estar vivo sem poder fazer nada.

Outro trabalho notável sobre o uso de medicamentos psiquiátricos a longo-prazo foi desenvolvido na década de 80 pela OMS, comparando o curso da esquizofrenia em pacientes de países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento. O estudo acompanhou o andamento do transtorno durante dois anos após o primeiro surto psicótico e os pesquisadores concluíram que na Índia, Nigéria e Colômbia, onde em média somente 16% dos pacientes tomavam drogas psiquiátricas, os pacientes tinham um melhor progresso do que os de países como a Inglaterra, Dinamarca, Rússia e EUA, em que a média de uso de antipsicóticos para o tratamento era de 61% (Whitaker, 2005). O melhor curso clínico da esquizofrenia nos países em desenvolvimento foi atribuído ao uso mais moderado de antipsicóticos no tratamento. Em 1992, um estudo da *Determinants of Outcomes of Severe Mental Disorder* (DOSMD) alegou que aqueles pesquisadores provavelmente haviam chegado àqueles resultados por causa de mal-entendidos devidos às diferenças culturais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (Cordeiro, 2015). No entanto, a pesquisa foi reproduzida diversas vezes com critérios bastantes rígidos e o resultado foi o mesmo: “analisando o curso da doença após o primeiro episódio psicótico, parece haver uma menor propensão à cronicidade nos doentes de países em desenvolvimento, os quais apresentam também uma menor ocorrência de sintomatologia residual após 5 anos” (Cordeiro, 2015, p. 27).

Portanto, como aponta Whitaker, existe um aparente paradoxo no paradigma de tratamento psiquiátrico a base de medicamentos: “uma droga psiquiátrica pode refrear os sintomas a curto-prazo, mas piora o curso da desordem a longo-prazo” (Whitaker, 2005, p. 31, tradução própria), aumentando a probabilidade de que a pessoa se torne um paciente crônico. Gotzsche (2013) pondera ainda sobre o fato de que quando são mantidas

tomando a medicação, as pessoas ficam aprisionadas no papel de paciente e não tem a oportunidade de aprender a lidar com os desafios de vida que cabem a elas. O psiquiatra Peter Breggin reitera essa reflexão dizendo que

A chave para ajudar as pessoas, o mais fundamental, é ajudá-las a superar o sentimento de desamparo. Ajudá-las a compreender que elas podem realmente resolver as coisas, tomar decisões, fazer escolhas. E você não pode fazer isso se está dando remédios, porque está dizendo a elas “você não consegue, você precisa de um remédio”. (*Pegue Essas Asas Partidas*, 2008, 20:30)

Além de todas as controvérsias já mencionadas, está também o polêmico tópico da indústria farmacêutica. Em um capítulo de seu livro *Deadly Medicines and Organised Crime* (2013) Gotzsche se dedica a analisar o uso de medicamentos na psiquiatria. O pesquisador afirma que ela é o paraíso da indústria farmacêutica, pois os psiquiatras ganham mais dinheiro dos fabricantes de medicamentos do que médicos de qualquer outra especialidade. Segundo ele, o fato de as definições sobre o que são as desordens psiquiátricas serem muito vagas colabora para que sejam receitados medicamentos para pessoas que não precisam deles, pois são dados muitos diagnósticos e prognósticos desacertados. E para além disso, o autor chama a atenção para diversos dados problemáticos sobre a relação entre psiquiatras e o negócio dos fármacos, como por exemplo o fato de 100% dos membros responsáveis por definir no DSM-IV as “desordens de humor” (como o transtorno bipolar e a depressão) terem vínculos financeiros com a indústria. Outra declaração sintomática é a do psiquiatra Daniel Dorman no documentário *Pegue Essas Asas Partidas* (2008), em que relata que praticamente todos os cursos de pós-graduação em psiquiatria nos EUA são pagos por laboratórios farmacêuticos. Essas são algumas dentre milhares de denúncias, sendo esse um tema que também é abordado por Nelson:

O que está acontecendo com a saúde no mundo é uma fraude, se converteu em um negócio degradante. E a humanidade está sofrendo porque criaram vícios para nós, sem que peçamos. Adição a medicamentos, a tratamentos, nos criaram uma necessidade que, no final das contas, só nos adormece. [...] A forma dos sistemas hospitalares psiquiátricos deve mudar, isso é retrógrado. É necessário que existam outras possibilidades para os pacientes. Mas isso não acontece porque... voltamos à ideia inicial: a medicina é um negócio. Como eles vão perder essa clientela tão boa? Se é uma pandemia, ademais. Quanto dinheiro está gerando a psiquiatria? E não

funciona. No geral, não funciona. Eu não quero também ser pejorativo e dizer que não serve para nada simplesmente, porque há muitas pessoas para quem serviu, tomam suas pílulas, têm também o apoio psicossocial, eu vivi tudo isso. Mas então o problema não é de forma, mas de conteúdo. De forma está tudo muito bonito, mas, no fundo, existe um vazio enorme sobre como induzir o paciente a uma melhor recuperação, para que ele chegue a uma compreensão de sua situação, para que não se anulem suas visões. Se elas estão gerando a ele um prazer ou uma alegria, porque vão tirá-las?

Esse vazio a que Nelson se refere se mostra patente no que Karon coloca como sendo o discurso padrão de um psiquiatra para o paciente esquizofrênico: “você tem um transtorno genético, fisiológico, que é incurável, mas com o melhor dos tratamentos modernos – e com isso eu quero dizer medicação – você pode ser marginalmente aceito pela maior parte das pessoas a maior parte do tempo” (Pegue Essas Asas Partidas, 2008, 18:53). Esse enunciado, que condensa vários aspectos da discussão realizada até aqui, evidencia também o enorme hiato existente entre médico e paciente. Enquanto o primeiro detecta e trata de maneira técnica um sujeito doente, o segundo, ser humano que se encontra em estado de sofrimento psíquico, se sente incompreendido e sem perspectiva de recuperação. Karon, que trabalha com esquizofrênicos através de psicoterapia a mais de 40 anos, afirma que

Se você está lidando com alguém que tem esquizofrenia você tem que assumir que ele esteja aterrorizado. E é claro, se você está aterrorizado e está levando uma vida que te aterroriza, então porque você deveria confiar em alguém? O que, em suas experiências passadas, te dá a capacidade de confiar em alguém que diz “eu estou aqui para ajudar”? Muitas pessoas já disseram isso e não foram de nenhuma ajuda, claro, começando pelos pais deles e passando por outras figuras de autoridade que não ajudaram, incluindo profissionais de saúde mental, que disseram “eu estou aqui para ajudar” e fizeram coisas que causaram muita dor. (Pegue Essas Asas Partidas, 2008, 5:59)

Por mais que os médicos tratem de fazer com que o processo clínico – diagnóstico, prognóstico e tratamento – seja o mais objetivo possível, no final das contas as classificações das condições mentais resultam de consensos entre profissionais. No entanto, se abstrai essa arbitrariedade e se interpreta a experiência do paciente desde uma perspectiva organicista que não tem a preocupação nem a competência para entender a vivência real do sujeito. Simplesmente se faz com que os indivíduos concordem com os

standards clínicos implementados e um dos efeitos disso é que, nas palavras de Cordeiro, “a medicina ocidental, a fim de se reconhecer como ciência independente de valores morais e juízos de valor, poderá correr o risco de descurar a relação social entre médico e paciente e entre a experiência do sofrimento e a compreensão das razões desse sofrimento” (Cordeiro, 2015, p. 53). Um trecho do depoimento de Nelson expõe esse desgaste da relação entre médico e paciente e mostra como o tratamento levado dessa maneira resulta em uma frustração para pessoa tratada.

Em parte eu sentia que algo estava acontecendo comigo, que não era normal, mas tampouco sentia que essa fosse a solução – ficar por meses em um hospital e que te digam que você está mal. Então no começo era muito difícil, mas fui ascendendo, me conscientizando. Mas então, para mim, ascender também implicou ir ascendendo na medicação (risos). Porque quanto mais eu entrava nisso, mais eles me davam coisas, mais injeções, mais pílulas. Assim do tipo "você já está muito enredado, irmão". Porque no início era muito emocional, mas depois eu já dizia que falava com tal ser, que me disseram tal coisa... mas então perdi muita confiança nos médicos, porque o que eu vou dizer para eles se tudo o que eu digo não acreditam, está errado? Tudo o que eu disser vai estar mal, então não tem sentido. É como aquelas máquinas que tem uns truques e que você bota dinheiro, mas nunca vai ganhar. De repente ela te devolve umas três moedas, como para dizer que você ganhou alguma coisa, e você fica preso naquilo. Então eu cansei de brigar com os psiquiatras e simplesmente um dia eu disse: "bem, então eu vou dizer o que queiram ouvir". E pronto. No pasa nada.

Pelo depoimento de Nelson é possível notar que se estruturou uma forma de comunicação que terminava por confirmar e solidificar o diagnóstico dado a ele, sem considerar realmente a carga subjetiva por trás de seus pensamentos e condutas. Como aponta Cordeiro a partir da perspectiva do psiquiatra Ronald Laing, os comportamentos do paciente são função dos comportamentos do médico, e portanto “o doente psiquiátrico padrão é função do psiquiatra padrão e da instituição mental padrão” (Cordeiro, 2015, p. 53). Se os modos habituais de pensar e sentir do sujeito são sempre enquadrados em categorias patológicas padrão, essa pessoa estará adoecida até que desapareçam todas as características que fazem dela um produto de sua própria vida ou, como Nelson optou por fazer artificialmente, até que a pessoa se manifeste de acordo com a dogmática psiquiátrica sobre como ela deveria pensar e agir.

Outras possibilidades

Questões controversas como as apresentadas neste capítulo são problematizadas por psiquiatras e outros intelectuais desde a década de 60, gerando discussões que culminaram em um movimento denominado Antipsiquiatria¹⁵. A luta do movimento antipsiquiátrico, ativo ainda hoje, é em prol de uma mudança radical no paradigma ocidental de compreensão dos transtornos mentais, dominado pelas teorias e práticas psiquiátricas, levantando questões acerca dos critérios sob os quais elas se apoiam, bem como com relação à ética dos tratamentos geralmente adotados. Segundo Cordeiro (2015), os partidários do movimento defendem que o efeito dos procedimentos psiquiátricos é a patologização de expressões e necessidades humanas e a exclusão da diferença através do emprego excessivo de medicação. Em diversos trechos das entrevistas se pode perceber que o juízo que Nelson e Omar fazem do trabalho realizado através da psiquiatria condiz com muitas críticas e demandas do movimento antipsiquiátrico, como nessa fala de Nelson:

Se existem pessoas que pensam de forma diferente, por que nos isolar? Eu não quero me vitimar, mas existe uma restrição, uma estigmatização que nos afasta por sermos diferentes. Temos que mudar o conceito sobre como abordar uma pessoa nessa situação porque podemos gerar pessoas com muitos potenciais. Podemos levar as pessoas a entenderem a realidade, a sua realidade, de uma maneira melhor se as acompanharmos em sua viagem e não simplesmente as tirarmos da viagem, é diferente. Estando precisamente nestes lugares [clínicas psiquiátricas] entendi os processos com os pacientes e sinto que não está certo. Sinto que se vulneram muitas coisas. Penso que a ética médica às vezes falha, porque a ética médica se rege por um sistema que é completamente superficial. Não se olha o paciente de uma forma mais profunda, mais em seu “delírio”, como dizem. Porque não entender seu delírio? Porque não fazê-lo feliz tratando de ajudá-lo a orientar seu delírio e não a eliminá-lo, certo?

No primeiro capítulo vimos que um dos elementos mais fundamentais para que Omar e Nelson pudessem superar a condição de medo, sofrimento e confusão em que se encontravam foi se dispor a confrontar esses sentimentos, vivê-los – nas palavras deles,

¹⁵ Iniciado por Ronald David Laing na Grã-Bretanha, o movimento antipsiquiátrico foi promovido através dos trabalhos de intelectuais como Michel Foucault, Thomas Szasz e Erving Goffman. No Brasil, o movimento ressoou através do Movimento da Reforma Psiquiátrica no final da década de 70.

abraçá-los. Ao vivenciar o estado de crise ao invés de suprimi-lo eles puderam refletir sobre seus processos, acolheram a si mesmos, agregaram valor às suas experiências e investiram-se de um potencial de transformação autônomo. Então, reiterando o questionamento de Nelson, porque não ajudar o paciente a abraçar o seu processo? Porque não acompanhá-lo em seu “delírio”? Como defende Laing, expoente do movimento antipsiquiátrico no Reino Unido, quando o médico observa o comportamento do paciente segundo o ponto de vista do mesmo, grande parte desse comportamento se torna compreensível, havendo o reconhecimento de que existem distintas maneiras de pensar sobre e lidar com a realidade que se apresenta a cada um de nós (Cordeiro, 2015). A psicóloga clínica Danielle Knafo também afirma que cada pessoa tem sua própria linguagem, sua própria experiência, e que “o terapeuta deve aprender essa nova língua com a pessoa, ao invés de fazê-la aprender a linguagem do terapeuta” (Pegue Essas Asas Partidas, 2008, 28:58). Quando Omar fala sobre esse tipo de abordagem, em que o médico se esforça por escutar e entender o que se passa com o paciente, afirma que ela tem um potencial terapêutico muito maior do que a abordagem psiquiátrica padrão:

Eu acho que, de repente, podem haver psiquiatras que de alguma forma possam ajudar as pessoas conversando. Eu conheci um, na Universidade Nacional eles me enviaram a um psiquiatra e esse médico não me receitou drogas, não. Ele me ouviu e eu sinto que isso me ajudou em algo. Me ouviu e a atitude dele com relação a mim era bacana. E eu gostei demais disso, não era a atitude de um médico ali estudando o objeto científico, mas sim uma relação mais de escuta. E, às vezes, o que você precisa é disso, que te escutem um pouco.

A psiquiatria tem trabalhado para construir e catalogar um saber sobre as condições mentais atípicas enquanto patologias, atribuindo a elas causas biológicas, sendo para tanto tributária dos métodos e das técnicas da medicina (Bock et al, 2002). Para realizar com sucesso um empreendimento terapêutico dedicado à escuta como sugere Omar, no entanto, se faria necessária uma renúncia ao menos parcial à tão aspirada e empenhada autossuficiência científica que a psiquiatria conseguiu estabelecer como disciplina médica, pois se tornaria necessário assumir outras influências além das orgânicas para a compreensão das condições mentais atípicas. Consequentemente, se se enfatiza a importância da história de vida da pessoa e se busca acolher sua percepção subjetiva, também há de se pensar em outras possibilidades terapêuticas além de medicamentos para promover sua saúde psíquica. Catherine Penney e Joanne Greenberg,

por exemplo, protagonizam o documentário Pegue Essas Asas Partidas (2008) contando suas trajetórias com a esquizofrenia sem o uso de psicofármacos. Ambas foram internadas quando jovens em instituições psiquiátricas, mas tiveram a oportunidade de abandonar a medicação ainda no início do curso da esquizofrenia, sendo tratadas por anos apenas através de psicoterapia. Catherine, que hoje é enfermeira psiquiátrica, manifesta que se sente uma pessoa bastante saudável:

Eu sinto que sou uma pessoa bem equilibrada. Às vezes fico ansiosa e estressada? Sim. Às vezes fico deprimida? Sim. Mas a diferença é que eu sei que tenho dentro de mim as ferramentas e a habilidade para não permitir que isso me domine e se torne a minha vida. (*Pegue Essas Asas Partidas*, 2008, 1:02:30).

Uma modalidade de tratamento que emancipasse os pacientes do uso da medicação e exercitasse a capacidade deles de confrontar-se e orientar-se no mundo através de seus próprios parâmetros teria, é claro, um forte potencial de possibilitar que pessoas em sofrimento psíquico mais grave transpassassem a angústia e o isolamento e fossem capazes de manter uma convivência plena, e não marginal, na sociedade. Sendo assim, é fundamental a reflexão sobre as distintas modalidades de promoção de saúde que podem ser evocadas para o tratamento de condições psíquicas, sendo de suma importância enfatizar o que os próprios sujeitos consideram benéfico para si. As protagonistas do documentário citado a pouco, por exemplo, comentam que o trabalho com a terra, a meditação e atividades artísticas como o canto, a dança e a poesia colaboram para cultivar seu bem estar psíquico. Nelson também comenta sobre atividades simples que em sua opinião podem contribuir para a saúde mental:

Deveríamos ensinar as pessoas a respirar, por exemplo. Todos os pacientes com esquizofrenia e depressão deveriam aprender a respirar. Em todos os centros psiquiátricos deveria haver yoga. Teríamos pacientes mais saudáveis, mais funcionais, com melhores alternativas de inclusão na sociedade. Isso entre muitas outras propostas. Devemos tratar de incluir as pessoas que passaram por tudo isso para que possamos ter uma melhor oportunidade. O pouco que eu fiz, funciona. Através da arte, da compreensão, da inclusão, do não-julgamento, da intervenção de várias formas.

Deslocando o foco da abordagem psiquiátrica e psicoterapêutica para a perspectiva de Nelson, se percebe que podem ser acionados diferentes procedimentos que resultam sendo terapêuticos para o tratamento da esquizofrenia. Como afirma a

antropóloga Esther Langdon (2014), ao enfatizar o ponto de vista e a capacidade de agência do ator social, se reconhece que são os próprios sujeitos que realizam combinações e constroem arranjos entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde. Langdon explica que o conjunto dos conhecimentos e técnicas dos processos que afetam a saúde que são operados sem a intervenção direta de curadores profissionais é chamado de autoatenção. Esse conceito se refere a “uma autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independentemente de sua origem, e na criação de articulações novas” (Langdon, 2014, p. 1026). Dado que no caso de Nelson e Omar o *yagé* esteve intrinsecamente relacionado com seus processos de transformação positiva do estado esquizofrênico, não podemos deixar de considerar que as ferramentas e aptidões que eles desenvolveram nesse contexto compõem seus recursos terapêuticos de autoatenção, como expressa Nelson:

A esquizofrenia é um portal da consciência que, quando você entra, fecham a porta e você tem um labirinto. Eu sinto que passei, depois de mais ou menos 20 anos com esquizofrenia, dessa porta de início para a porta final. Foi meu destino enfrentar isso, esse labirinto. Muitos duram toda a vida e nunca saem dele. E estes medicamentos da psiquiatria não ajudam a atravessá-lo. Parte desse caminho foram os enteógenos que me ajudaram a percorrer. O yagé, o São Pedro, a cannabis, a Jurema, o tabaco. Mas eu sempre recomendo que essas experiências sejam dirigidas por pessoas que conhecem bem. Isso é muito delicado em mãos inexperientes e com pessoas que não conhecem profundamente, porque os enteógenos também são portais da consciência.

O potencial terapêutico de substâncias como as nomeadas por Nelson, que têm uso ritual e curativo extenso em diversas culturas ao longo da história e ainda hoje, é em geral desconsiderado por causa das noções de cuidado e nocividade sustentadas pelas ciências associadas à saúde mental em nossa sociedade. Não obstante, como instrumentos de produção de diferentes estados de consciência, os psicoativos desempenharam um papel significativo na constituição do campo da psicologia como ciência (Albuquerque, 2014). A investigação com essas substâncias em um âmbito científico e psicoterapêutico começou na década de 50, coincidindo com a comercialização do LSD como psicofármaco, como mostram as psiquiatras María Vidal-Ribas e María Isabel Rodríguez em seu artigo *Uso de Enteógenos en Psicoterapia* (2010). O psiquiatra Stanislav Grof (2008) afirma que os psiquiatras viram no LSD uma oportunidade única para entender a

natureza das condições mentais. Segundo Grof, tratava-se de uma possibilidade para que psiquiatras e psicólogos experimentassem um mundo semelhante ao de seus pacientes a fim de entendê-los melhor.

Os psicoativos foram usados por profissionais de saúde mental não somente para criar empatia entre psiquiatras e pacientes e entender melhor a dinâmica das condições psíquicas, mas também para abrir caminhos para o tratamento delas. O neurobiólogo Moheb Costandi (2014) conta que desde o início da década de 50 havia estudos mostrando o potencial terapêutico das substâncias ditas alucinógenas, mas foi no final dessa década e começo dos anos 60 que a psiquiatria psicodélica atingiu seu pico, sendo o LSD a mais estudada de todas as substâncias. Psiquiatras renomados da época teorizavam que o LSD era capaz de induzir um elevado nível de auto percepção que, conjuntamente com psicoterapia, tinha enorme eficácia terapêutica (Costandi, 2014). Entre 1950 e 1965 foram produzidos mais de mil artigos científicos sobre o potencial terapêutico de alucinógenos e estima-se que aproximadamente 40 mil pacientes foram tratados com algum tipo de terapia com LSD, incluindo tratamentos de neurose, esquizofrenia e psicopatia (Costandi, 2014). Essas primeiras pesquisas mostravam resultados promissores com relação aos benefícios do uso de psicoativos na área de saúde mental, no entanto, com o LSD escapando do laboratório e chegando às ruas em meados da década de 60, combinando-se e popularizando-se com o movimento contracultura efervescente, o LSD começou a ser visto como uma droga de abuso, sendo finalmente proibido nos Estados Unidos em 1967 (Costandi, 2014).

As pesquisas clínicas com substâncias psicoativas, interrompidas pelas razões sociais e políticas apontadas acima no final da década de 60, voltaram a despertar o interesse dos cientistas nos anos 90, que passaram a conduzir esses estudos analisando as propriedades psicofarmacológicas e a eficácia terapêutica dessas substâncias (Tupper et al, 2015). Com relação à ayahuasca, as pesquisas recentes sobre os efeitos terapêuticos de seu consumo indicam que, se houver uma preparação correta e um contexto adequado, sua ingestão pode facilitar a estabilização do humor e ajudar na recuperação de comportamentos aditivos (Grob, 2014), auxiliar significativamente em processos de auto aceitação e auto controle (McKenna, 2004), proporcionar uma capacidade auto reflexiva elevada (Fericgla, 1998), dentre diversas outras repercussões positivas, como as exploradas no primeiro capítulo deste trabalho através dos depoimentos de Omar e Nelson. É importante ressaltar que o consumo do *yagé* também é pensado pelos próprios

tomadores enquanto um recurso terapêutico, havendo estudos que mostram que as pessoas que tomam têm um conjunto de expectativas e motivações de cunho psicológico com relação às suas experiências com a ayahuasca. Um exemplo é o trabalho dos psicólogos Andrea Cárdenas e Augusto Gómez (2004), que estudaram o consumo urbano de *yagé* em Bogotá e registraram que 84% dos participantes da pesquisa afirmavam tomar a bebida com o propósito de aumentar a auto percepção e resolver situações pessoais conflitivas. Ainda, é pertinente mencionar que nenhum estudo científico mostra desordens psíquicas ou alterações neurológicas significativas relacionadas com o consumo da bebida (Vidal-Ribas e Rodríguez, 2010).

Tendo em conta todos os benefícios que o consumo do *yagé* trouxe às trajetórias de Nelson e Omar com a esquizofrenia, através da possibilidade que tiveram de abraçar e transformar a condição em que estavam, superando o medo e o sofrimento e construindo suas próprias perspectivas sobre seus processos com sensibilidade e autonomia, parece razoável que se produza mais conhecimento acerca de suas potencialidades terapêuticas – não para preconizar o seu emprego, mas para fornecer maiores informações para as pessoas que desejem fazê-lo, bem como para expandir nosso entendimento dos processos da mente humana. Para tanto, se deve suprir a carência de investigações sobre os efeitos de seu consumo na saúde, como bem pontua Renato Sztutman no prefácio do livro *Ayahuasca y Salud* (2013). Segundo o antropólogo, essa carência apenas colabora para a manutenção do preconceito e da ignorância projetados na ayahuasca, dando margem para que se siga restringindo as práticas em torno da substância apenas ao contexto religioso:

Enquanto o status religioso é tomado como ponto pacífico, o mesmo não se pode dizer sobre as noções como “saúde” e “risco”, objetos de negociação e disputa em processos criminais. As religiões ayahuasqueiras tropeçam frequentemente na expectativa moderna de que, para que se estabeleçam as práticas biomédicas – conjunto dotado de uma racionalidade própria –, se faz necessário varrer toda ocorrência de charlatanismo. Segundo esta perspectiva, as práticas ayahuasqueiras seriam consideradas como incapazes de curar no sentido estrito do termo por não operarem com causas suficientemente objetivas, por abusar de técnicas de sugestão, imaginação e influência. (Sztutman, 2013, p. 20, tradução própria).

De fato, tanto em seus contextos tradicionais como nos institucionalizados, a ingestão da ayahuasca faz parte de um ritual sagrado, contudo, isso não quer dizer que se tratem de cerimônias de caráter exclusivamente religioso ou espiritual (Shanon, 2014). Como aponta Shanon (2014), a interação com a ayahuasca está concatenada ao domínio

da saúde em suas práticas e, antes de qualquer outro, é esse o registro comum entre os vários tipos de cerimônia: são rituais de cura. Como o domínio espiritual escapa à alçada científica, é forçoso o reconhecimento da legitimidade do caráter curativo da ayahuasca nesse âmbito. No entanto, quando se trata do contexto medicinal, a ciência biomédica trata de exercer sua autoridade enquanto saber especializado, preconizando um modelo de racionalidade específico para todas as práticas relacionadas à saúde. Isso acontece porque esse modelo se pauta pela epistemologia moderna ocidental, sendo construído de um modo que “nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (Santos apud Albuquerque, s/d, p. 13). Assim, a ciência moderna se mostra praticamente inapta a prover critérios de validação para os saberes médicos da ayahuasca, pois a eficácia curativa deles não pode ser compreendida desprendida de sua ontologia.

Dentre as diretrizes limitantes da epistemologia científica para a compreensão dos saberes ayahuasqueiros, a mais fundamental é a distinção entre natureza e cultura. Ao atribuir intencionalidade e agência à planta, a epistemologia ayahuasqueira concebe, como discutido no primeiro capítulo, uma noção ampliada de alteridade que abrange relações entre humanos e não humanos, bem como com entidades não somente não-humanas, como a plantas, mas imateriais, espirituais (Albuquerque, s/d). Como coloca Albuquerque,

Pensar as plantas como sujeitos do saber implica considerar a possibilidade de que a fonte desse saber centra-se em um ser não humano, o que, em si mesmo, configura-se como uma heresia epistemológica na medida em que viola as clássicas distinções entre natureza e cultura que transformou as plantas em meros objetos do saber e nunca em sujeitos do saber. (Albuquerque, s/d, p. 28-29)

Outros fundamentos básicos, como por exemplo a separação da vivência do sujeito em distintos níveis – espiritual, psíquico e corporal –, como se se tratassem de frações independentes, também são característicos do modo de conhecer científico e deturpam ou impedem o entendimento da cura ayahuasqueira. Por causa de limitações como estas, o conhecimento médico pode dar conta da descrição e explicação dos efeitos do *yagé*, mas não da vivência deles, que “guarda uma dimensão de inefabilidade e que, portanto, resiste ao discurso lógico-linear” (Albuquerque, s/d, p. 27). Assim, o esforço científico de tratar de compreender os fenômenos explicitando suas causas e mecanismos pode gerar no máximo uma conjectura do que é a experiência *yagecera*, de ordem diversa

das experiências que podem ser compreendidas exclusivamente através da razão. E como já foi discutido, não se trata simplesmente de que o tipo de experiências e conhecimentos possibilitados pelo *yagé* não possam ser apreendidos através da epistemologia científica, mas de que o próprio modo *yagecero* de conhecer o mundo se transforma de acordo com o contexto e o tomador, é construído a partir da própria vivência com o *yagé*. Se trata de uma produção de saberes que só pode ser apreendida de dentro da experiência, é um saber vivido (Albuquerque, s/d). Então, não há um método terminante para a cura; os procedimentos e ferramentas são continuamente recriados, como explica Omar.

Não existe um método de cura xamânica, a maneira de curar depende do caso. Já chegaram a mim muitas pessoas com problemas mentais. Na verdade, em cada toma tem alguém que sei que tem problemas com transtornos bipolares, também chegam pessoas que têm paranoia, esquizofrenia paranoica. Eu olho para cada pessoa em sua individualidade. Nesses casos não se pode generalizar, cada pessoa é um caso diferente. Não se pode dizer por exemplo: "o que acontece com todos os esquizofrênicos é que eles têm uma larva espiritual", não, cada caso é diferente. O problema é a generalização, ainda mais no caso dos problemas mentais. Desde a medicina indígena e tradicional cada caso é único e irrepetível. [...] O saber xamânico é criativo, não se submete a um método.

Omar exerce uma medicina que visa o particular, é empírica, e desde sua perspectiva não se deve operar nos casos de saúde mental através da subsunção como fazem os psiquiatras, catalogando experiências subjetivas em categorias indiferentes a essas experiências. Esta sistematização da saúde através da medicina biomédica é um dos aspectos que fazem com que seja dificultoso encontrar critérios para a validação dos saberes da ayahuasca na epistemologia ocidental. Tendo isso em vista, Albuquerque (s/d) propõe que eles sejam buscados a partir de uma alternativa que privilegie as consequências no lugar das causas, sugerindo para tanto a concepção de uma epistemologia do sul, de Boaventura Santos. Como explica a autora, essa é uma concepção de conhecimento que busca simetrizar os saberes existentes no mundo situando a reflexão sobre eles nas condições em que são produzidos e aferindo a validade deles a partir das suas consequências. Assim, “a experiência da ayahuasca enquanto prática situada exige que os critérios para sua avaliação e validação sejam buscados dentro da própria experiência” (Albuquerque, s/d, p. 26) e a verificação de seus efeitos curativos

baseada menos em possíveis causas objetivas e mais nas repercussões que esses saberes têm na vida e no mundo dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, como explicita Sztutman,

Simetrizar é estabelecer uma situação de paridade epistemológica entre saberes diversos, o que significa ter em consideração as diferenças entre as práticas de conhecimento em questão, não para declarar sua incomensurabilidade, nem para submetê-las a um tribunal da razão supostamente imparcial, senão para examinar possibilidades de colaboração. (Sztutman, 2013, p. 25, tradução própria).

O exercício de simetrização consiste, portanto, em que se estabeleça entre as distintas formas de produção de conhecimento um trabalho de colaboração. Esse esforço não deve culminar necessariamente em uma convergência de posições e muito menos em uma homogeneização da vasta pluralidade epistemológica existente, mas sim no inescusável reconhecimento da legitimidade de cada saber a partir de seus próprios termos e, possivelmente, em uma relação dialógica entre eles. Para promover essa interface, especificamente entre os saberes ayahuasqueiros e biomédicos, é necessário desconstruir certas concepções tradicionalmente produzidas pela ciência e pela antropologia a respeito dos modos de cura não-biomédicos, como por exemplo a noção de que a eficácia deles esteja vinculada ao plano do simbólico. Langdon, por exemplo, coloca que as discussões sobre eficácia são positivas porque ressaltam “o poder da ação simbólica na saúde humana, ou seja, no significado da ação para o doente” (Langdon, 2014, p. 1024). No entanto, colocar que o modo de gerar cura de outras práticas médicas se dá através da ação simbólica ou do significado que suscitam paradoxalmente as mantém com o status de “crença” ou “superstição”. Assim, o potencial medicinal e terapêutico de práticas como a da ayahuasca segue confinado ao plano do simbólico, das representações, do espiritual, sem ser considerado seriamente enquanto medicina por não operar com mecanismos admissíveis desde a epistemologia científica. Me parece mais justo que se admita que não entendemos como funcionam esses mecanismos de cura ao invés de colocá-los em caixas conceituais pouco elucidativas como “eficácia simbólica”, “placebo”, “rituais mágicos”, etc., criando espaço para ideias mais produtivas para o entendimento deles, como por exemplo “consciência modificadora”, “auto cura”, “manipulação imaterial”, entre outras.

Nós somos mais simplesmente humanos do que qualquer outra coisa. Cada um de nós tem o potencial para ter um colapso e todos que já tiveram um colapso tem o potencial para recuperação.

Ann Louise Silver

CONCLUSÃO

Esse trabalho se desenvolveu através de um exercício de pensar a saúde enquanto construção sociocultural, caracterizada por diferentes práticas e formas de conhecimento. Apresentei os caminhos trilhados por Nelson e Omar com a esquizofrenia, realçando o contexto da medicina *yagecera*, a fim de explorar os recursos que foram terapêuticos para eles e assim colaborar para a emergência de novas possibilidades de atenção para pessoas que passem por essa condição. Fundamentalmente, a vivência *yagecera* lhes brindou um lugar de ser durante a crise. A oportunidade de entregar-se àquela condição foi de grande relevância terapêutica porque lhes permitiu desenvolver perspectivas autônomas sobre os processos que estavam vivendo com a esquizofrenia e sobre o tipo de cuidado que correspondia melhor às concepções deles sobre saúde e bem-estar. Ao encarar aquele estado puderam abraçá-lo e a partir desse acolhimento de suas experiências, antes descartadas, nasceu uma potência, despontaram aprendizagens. Através da trajetória deles compreendi que não somente existe um potencial de recuperação para a esquizofrenia, como um venturoso espírito que acompanha o novo estado-de-ser.

Para poder refletir seriamente sobre as possibilidades terapêuticas que a opção pelo sistema médico *yagecero* trouxe às trajetórias de Omar e Nelson é relevante a colocação de Albuquerque, de que “a epistemologia da ayahuasca é uma epistemologia pragmática [...], sendo a pergunta mais significativa a que diz respeito ao que esses conhecimentos fazem, ou quais seus efeitos sobre o mundo” (Albuquerque, s/d, p. 27). Em consonância com a autora, acredito que seja mais frutífero trabalhar com as evidências empíricas das consequências benéficas vinculadas ao contexto da ayahuasca que investir em entender os mecanismos por trás desses efeitos através da epistemologia biomédica, dado que ela não alcança a completude dos elementos manejados nesse âmbito. Ao privilegiar as consequências no lugar das causas podemos simetrizar os saberes de distintas práticas médicas, pois deixamos de autorizar o saber biomédico como o único capaz de atestar a eficácia das práticas de saúde. Assim, situando as reflexões

sobre as distintas práticas médicas nas condições em que são produzidas, temos a oportunidade de explorar o campo da saúde de maneira mais integral e fecunda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, E. (13 de 04 de 2018). *Como Identificar e Tratar Sintomas Extrapiramidais*. Fonte: Tua Saúde: <https://www.tuasaude.com/sintomas-extrapiramidais/>
- Albuquerque, M. B. (2014). Psicoativos e Saberes Religiosos: Reflexões Sobre um Campo de Estudos. *PLURA, Revista de Estudos de Religião*, p. xx-xx.
- Albuquerque, M. B. (s/d). *Uma Heresia Epistemológica: As Plantas como Sujeitos do Saber*. Oficina do CES.
- Araripe Neto, A., Bressan, R. A., & Filho, G. B. (2007). Fisiopatologia da Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 34, p. 198-203.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM 5*. Artmed.
- Beyer, S. (2013). Ayahuasca: The Scientific Paradigm and Shamanic Healing. <https://www.youtube.com/watch?v=6NYYx3JE9TE&t=433s>. MAPS.
- Bock, A. M., Furtado, O. & Teixeira, M. d. (2002). *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia*. Cortez.
- Canguilhem, G. (2002). *O Normal e o Patológico*. Forense Universitária.
- Cordeiro, A. B. (2015). *Aspetos Culturais no Diagnóstico da Esquizofrenia*. FMUC.
- Costandi, M. (2014). A Brief History of Psychedelic Psychiatry. *The Psychologist*, p. xx-xx.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*. Assírio & Alvim.
- Tavares, F. & Bassi, F. (2013). Efeitos, Símbolos e Crenças. Em F. Tavares & F. Bassi, *Para Além da Eficácia Simbólica: Estudos em Ritual, Religião e Saúde* (pp. 17-28). EDUFBA.
- Fericgla, J. M. (1998). Delirios, Cultura y Pruebas de Realidad: Psiquiatria y Antropología en Confluencia. *Natura Medicatrix*, n.º 50, p. 14-20.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura*. Perspectiva.
- Gotzsche, P. (2013). *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*. Radcliffe Publishing.
- Grob, C. (2014). Ancient Medicine and the Modern World. Em B. C. Labate & C. Cavnar, *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (p. 7-14). Springer.
- Grof, S. (2008). Pesquisas Psicodélicas. Em T. Parish & R. Razam, *The Journey Book: Travels On The Frontiers Of Consciousness* (p. xx-xx). Undergrowth.
- Grof, S. & Grof, C. (1992). *Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual*. Cultrix.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Artmed.

- Kalweit, H. (1992). When Insanity is a Blessing: The Message of Shamanism. Em S. Grof & C. Grof, *Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual* (p. 77-97). Cultrix.
- Langdon, E. (2014). Os Diálogos da Antropologia com a Saúde: Contribuições para as Políticas Públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, p. 1019-1029.
- Lara, M. G. (03 de 08 de 2017). *A Epidemia (de diagnósticos) de Transtornos Mentais*. Fonte: Pensar a Educação: <https://pensaraeducacao.com.br/observatorio/2017/08/03/a-epidemia-de-diagnosticos-de-transtornos-mentais/>
- Direção e Produção de Mackler, D. (2008). *Pegue Essas Asas Partidas*. 75 minutos. [Filme Cinematográfico].
- McKenna, D. (2004). Clinical Investigations of the Therapeutic Potential of Ayahuasca: Rationale and Regulatory Challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, p. 111 – 129.
- Editors of the PLOS Medicine (2013). The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. *PLOS Medicine*: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001456>.
- Metzner, R. (2002). *Ayahuasca*. GRYPHUS.
- Rabelo, M. (2008). Religião, Ritual e Cura. Em P. C. Alves & M. C. Minayo, *Saúde e Doença* (p. 47-55). Fiocruz.
- Rodrigues, N. & Caroso, C. A. (1998). Ideia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. Em L. F. Duarte & O. F. Leal, *Doença, Sofrimento e Perturbação: Perspectivas Etnográficas* (p. 137-150). Fiocruz.
- Shanon, B. (2014). Moments of Insight, Healing, and Transformation: A Cognitive Phenomenological Analysis. Em B. C. Labate & C. Cavnar, *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (p. 59-75). Springer.
- Standaert, D. G. & Walsh, R. R. (2014). Farmacologia da Neurotransmissão Dopaminérgica. Em D. E. Golan, A. H. Tashjian, E. J. Armstrong & A. W. Armstrong, *Princípios de Farmacologia: A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia* (p. 416-455). Guanabara Koogan.
- Sztutman, R. (2013). La Ayahuasca en la Encrucijada de los Saberes. Em B. C. Labate & J. C. Bouso, *Ayahuasca y Salud* (p. 15-27). La Liebre de Marzo.
- Tupper, K., Wood, E., Yensen, R., Johnson, M. & Wood, E. (2015). Psychedelic Medicine: A Re-emerging Therapeutic Paradigm. *Canadian Medical Association Journal*, p. 1054–1059.
- Vallada, H. P. & Samaia, H. (2000). Esquizofrenia: Aspectos Genéticos e Fatores de Risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 22.
- Vélez, A. & Gómez, A. (2004). Consumo Urbano de Yagé en Colombia. *Adicciones*, vol. 16, p. xx-xx.

Vidal-Ribas, M. & Rodríguez, M. I. (2010). *Uso de Enteogenos en Psicoterapia*. Interpsiquis: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.

Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, vol. 7, p. 23-35.